

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

**KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ PO TRANSPLANTACI
JATER**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PAVLÍNA SMETANOVÁ

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Schneiderová

MUDr. Pavel Trunečka CSc.

2010

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

**THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AFTER LIVER
TRANSPLANTATION**

BACHELOR'S THESIS

PAVLÍNA SMETANOVÁ

Supervisors: Mgr. Michaela Schneiderová

MUDr. Pavel Trunečka, CSc

2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím citované odborné literatury.

v Hradci Králové

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Michaela Schneiderové a MUDr. Pavlu Trunečkovi za odborné vedení bakalářské práce, jejich laskavé připomínky, poskytování cenných rad a psychické podpory. Dále děkuji Lucii Morávkové, koordinátorce transplantačního programu za pomoc při zpracování statistických údajů.

OBSAH

Úvod	10
Teoretická část	11
1 KVALITA ŽIVOTA	11
1.1 Definice pojmu kvalita života	11
1.2 Historie pojmu kvalita života	11
1.3 Kvantita a kvalita života	12
1.4 Sféry použití pojmu kvalita života	13
1.5 Rozsah pojetí kvality života	13
1.6 Pojetí kvality života z pohledu zdravotního stavu	13
1.6.1 Zdraví v pojetí kvality života	14
1.6.2 Nemoc v pojetí kvality života	14
1.7 Faktory ovlivňující kvalitu života	14
1.8 Hodnocení kvality života	16
1.9 Metody posouzení kvality života	17
1.9.1 Metody posouzení kvalit života druhou osobou	17
1.9.2 Subjektivní metody měření	18
1.9.3 Smíšené metody zjišťování kvality života	18

1.10 Kvalita života v medicíně a ošetrovatelství	19
1.10.1 Kvalita života pacientů- očekávání versus realita	19
1.11 Kvalita života po transplantaci jater	20
2 Transplantace jater	21
2.1 Definice	21
2.2 Historie a současnost transplantace jater	21
2.2.1 Historie a současnost transplantace jater ve světě	21
2.2.2 Historie a současnost transplantace jater v ČR	22
2.3 Indikace k transplantaci jater	23
2.3.1 Akutní (fulminantní) jaterní selhání	24
2.3.2 Chronické jaterní selhání	24
2.3.3 Vrozené vady metabolismu s defektem vázaným na játra	25
2.3.4 Nádory jater	26
2.4 Kontraindikace k provedení jater	26
2.5 Zařazení pacienta na čekací listinu	27
2.6 Vyřazení pacienta z čekací listiny	30
2.7 Výběr čekatele k transplantaci jater	31
2.8 Předoperační příprava	31
2.8.1 Časná předoperační příprava	31
2.8.2 Bezprostřední předoperační příprava	32

2.9 Pooperační péče	33
2.9.1 Časná pooperační péče	33
2.9.2 Pozdní pooperační péče	34
2.10 Dárce orgánů	35
2.11 Chirurgické techniky transplantace jater	38
2.12 Komplikace po transplantaci jater	40
2.12.1 Chirurgické komplikace	40
2.12.2 Nechirurgické komplikace	41
2.13 Imunosupresivní terapie po transplantaci jater	42
2.14 Edukace pacienta	43
2.14.1 Edukace pacienta před transplantací jater	44
2.14.2 Edukace pacienta po transplantaci jater	44
2.14.3 Život s transplantovanými játry	45
Praktická část	48
3 EMPIRICKÝ VÝZKUM	48
3.1 Cíle výzkumu	48
3.2 Metodika výzkumu	48
3.2.1 Zdroje informací	49
3.2.2 Charakteristika respondentů	49
3.2.3 Charakteristika oddělení	49

3.2.4 Užitá metoda šetření	50
3.3 Realizace šetření	51
3.4 Zpracování dat	51
3.5 Interpretace výsledků	52
3.5.1 Identifikační údaje o respondentech	53
3.5.2 Dotazník SF-36- Interpretace výsledků	60
4 DISKUZE	87
Závěr	101
Anotace	103
Literatura a prameny	104
Seznam zkratk	107
Seznam tabulek	108
Seznam grafů	109
Seznam příloh	110

ÚVOD

Vývoj moderní společnosti s sebou nese rozvoj a modernizaci mnoha vědních oborů. Mezi obory, které se neustále rozvíjejí s ohledem na člověka i jeho potřeby patří medicína a ošetrovatelství. Dávno přestala být medicína a její schopnosti využívány pouze k léčbě chorob či zmírnění jejích příznaků, nebo k záchraně života. Dnešní moderní doba klade vysoké požadavky na péči, která život nejen zachraňuje, prodlužuje, ale také zkvalitňuje. Právě téma kvality života je v dnešní době důležité. Člověk v moderní společnosti nechce jen přežít, chce plnohodnotně a kvalitně žít, tak aby byl co nejdéle prospěšný společnosti, mohl se věnovat svým koníčkům i zálibám, rád by byl aktivní nejen tělesně ale i duševně. Chce plně využít možnosti, které mu dnešní medicína a ošetrovatelské metody umožňují. Každý z nás vnímá pojem kvalitní život odlišně. Každý preferujeme jiné životní hodnoty. Od movitých, přes duševní, fyzické, partnerské. Rozdíl ve vnímání kvalitního života můžeme pozorovat u adolescenta, nebo člověka vyššího věku, odlišně vnímá kvalitní život muž než žena a jiný pohled na kvalitní život má člověk zdravý a člověk nemocný.

Transplantologie je historicky vzniklý medicínský obor, který se vyvíjel na základě získávání poznatků a rozvoje transplantací orgánů a tkání. Skrývá v sobě problematiku jak chirurgické metodiky, tak legislativu, přípravu příjemce transplantovaného orgánu, pooperační péči, imunosupresivní a antirejekční léčbu. Transplantační léčba je léčba život zachraňující, je ale také léčbou, která život zkvalitňuje? To je téma, nad kterým jsem se na základě svých pracovních zkušeností rozhodla ve své práci věnovat. Pacienti, kteří transplantační léčbu podstupují, mají tak závažné jaterní onemocnění, které není z dlouhodobého hlediska a perspektivy slučitelné se životem, proto podstupují tuto léčbu s nadějí na delší, plnohodnotný a kvalitní život. Cílem této práce je zjistit, zda pacientům, kteří transplantaci podstoupili, léčba život zkvalitnila a zda se toto cítění za určité časové období od transplantace nějak v daných oblastech života vyvíjí. V České Republice v současné době čeká na transplantaci jater 59 pacientů v obou transplantačních centrech, ročně je v ČR transplantováno okolo 120 pacientů

1 KVALITA ŽIVOTA

Na té nejobecnější úrovni je možno kvalitu života chápat jako důsledek vzájemného působení mnoha různých faktorů. Jsou to faktory sociální, ekonomické a environmentální, které kumulativně a velmi neznámým způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivce i celých společenství. Kvalita života zahrnuje tři hlavní oblasti: fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení člověka a jeho mezilidské vztahy. Do kvality života jedince zasahuje také jeho sociální minulost, současnost i budoucnost, jeho vztahy k jiným lidem, skupinám či kultuře. (Payne et al., 2005)

1.1 Definice pojmu kvalita života

„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“

WHO 1994

V literatuře existuje celá řada definic kvality života. Neexistuje však ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně přijata. Situaci komplikuje i fakt, že se často setkáváme s pojmy jako sociální pohoda, sociální blahobyt a lidský rozvoj, které jsou používány jako ekvivalentní či analogické termíny. (Křivohlavý, 2004)

Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO), kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. Kvalita života není tedy součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. (Payne et al., 2005)

1.2 Historie pojmu kvalita života

Otázkou kvality života se zajímali lidé od pradávna – i když to, co je dnes nazýváno kvalitou života, nazývali poněkud odlišně. První studijní zájem tvořili ti, kteří se zabývali duchovnem. Tam se jednalo o otázky “dobrého života” či “moudrého života” v protikladu k životu řízeného chytrostí a vychytralostí. Druhý studijní zájem o otázky kvality života se ubíral cestou

filozofickou, speciálně pak etickou a antropologickou. Tam se jednalo o otázky “dobrého” v protikladu k “špatnému” životu. (Křivohlavý, 2004)

Termín kvalita života, který se blíží významu, tak jak ho chápeme dnes, byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech dvacátého století v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev obyvatelstva. V poválečné době se tento termín opět objevil v politickém kontextu v USA, kdy v 60. letech tehdejší americký prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha není pouze kvantita spotřebovaného zboží, ale to jak dobře se lidem za určitých podmínek žije. V 70. letech německý politik Willy Brandt postavil politický program na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany. Brzy tento termín zdomácněl v sociologii, kde od té doby slouží k odlišení podmínek života, jako jsou příjem, politické zřízení, počet automobilů na domácnost atd. Do této doby je rovněž datováno první použití termínu kvalita života pro výzkumné účely v souvislosti se sociologickými trendy zaměřenými na monitorování dopadu společenských změn na život lidí.

Studium kvality života prodělává svůj *boom* zejména v posledních deseti letech. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které vycházejí z odlišných koncepčních rámců. Od 70. let minulého století je termín kvality života využíván také v medicíně. Zejména v průběhu 80. let se začíná stále častěji využívat v klinických studiích. Přesto je problematika kvality života ve zdravotnictví pojmem relativně novým, i když zvláště v poslední době poměrně hojně používaným (Payne et al., 2005)

1.3 Kvantita a kvalita života

Pokud se v běžném životě hovoří o kvantitě, jedná se především o číselné vyjádření, takže, o kvantitě života je možno se vyjádřit jako o jeho délce. Je-li možno kvantitu života vyjádřit číselně, pak totéž tak jednoduše u vyjádření kvality života nelze. Na otázku „co se rozumí kvalitou?“ je možno si odpovědět významově. Kvalitou se rozumí určitá jakost, hodnota, tedy určitý charakteristický rys, který daný jev odlišuje jako celek od celku jiného.

Aristoteles říká: „Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze.“ Tímto výrokem Aristoteles říká, že štěstí je něčím, o čem mají různí lidé odlišné názory. (Křivohlavý, 2002)

1.4 Sféry použití pojmu kvalita života

Pojem kvalita života je velmi široký a bývá používán v mnoha oblastech lidské činnosti a v mnoha vědních oborech jako je například ekonomie, politologie, sociologie, filosofie, teologie, sociální práce, psychologie. Setkáváme se s ním i v medicínských oborech – ošetrovatelství, biologických oborech, v ekologii, ale i v technických oborech jako je architektura, stavebnictví, doprava. (Mareš 2006)

Důležité je i vědět v jakém kontextu se zájemce na kvalitu života ptá – může mu jít například o výzkum, o stanovení politického opatření, o distribuci určitého druhu zboží, o zavedení standardů pro hodnocení kvality podniku. (Křivohlavý, 2004)

1.5 Rozsah pojetí kvality života

Celá problematika pojetí kvality života byla zmapována Engelem a Bergsmou (1988), kteří ji vidí ve třech rovinách: makro- rovina, mezo- rovina, personální rovina.

V makro- rovině se jedná o otázky kvality života velkých celků a ta je chápána jako absolutní smysl života. Stává se součástí politických tezí- problematika terorismu, hladomoru, chudoby.

V mezo- rovině jde dle Engela a Bergsmy o otázky kvality života v malých sociálních skupinách- škola, podnik, nemocnice. Zde se jedná o respekt k morální hodnotě života člověka, vzájemných vztahů mezi lidmi, sdílených hodnot.

Osobní rovina je vnímána nejjednoznačněji, zabývá se otázkou jednotlivce, kdy při stanovení kvality života jde o osobní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, soběstačnosti. (Křivohlavý, 2002)

1.6 Pojetí kvality života z pohledu zdravotního stavu

V životě člověka mají důležitou roli touhy, přání, plány, naděje, ideje. Člověk chce něčeho dosáhnout, něco dokončit. K tomu, aby mohl dosáhnout svého cíle je nutno, aby byl zdravý. Nemoc je pro něho v tomto případě nežádoucí, může mu bránit dosáhnout jeho plánů, neumožní mu zrealizovat jeho plány. (Křivohlavý, 2001)

1.6.1 Zdraví v pojetí kvality života

Kvalitou života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. Kvalita života není tedy v současném pojetí WHO součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. Zdraví lze chápat jako důležitý prostředek k dosažení cíle- i když tyto cíle mohou být velice rozdílné. (Payne a kol., 2005)

1.6.2 Nemoc v pojetí kvality života

Je na místě se domnívat, že to byla právě otázka stavu (kvality) života nemocného člověka, co rozvířilo hladinu zájmu o otázky kvality života v polovině 20. století. Jedna z prvních monografií, která se zabývá kvalitou života (A. L. Strauss, 1975) byla věnována problematice hodnocení kvality života chronicky nemocných a starých lidí. Hlubší pohled do situace těchto lidí ukázal, že počet starých lidí neustále roste a je nutné se kvalitou jejich života zabývat. Nemoc člověka patří k těm nejtěžším zátěžím, jak pro samotného nemocného, tak pro jeho nejbližší rodinu. Z člověka zdravého se tedy stává pacient. Lze říci, že se jedná o obdobné fáze, které popsala Elisabeth Kübler-Ross v terminální fázi nemoci. (Křivohlavý, 2002)

1.7 Faktory ovlivňující kvalitu života

Kvalitu života člověka ovlivňují vlivy, které na člověka stále působí a je možné je rozdělit z hlediska jejich působení na faktory vnější a faktory vnitřní.

Vnější faktory

Středem pozornosti zdravotníka je člověk v jeho nemoci- pacient. Vzhledem k tomuto pacientovi je vnější faktor vše, co se nachází mimo něj. Mezi vnější faktory je možné zařadit materiální prostředí, ale také okolí sociálně definované- lidé nacházející se v jeho okolí. Léčebným společenstvím rozumíme dobrý, přátelský, na důvěře založený vztah mezi pacientem a lékařem. Člověk, který trpí úzkostí, bolestí, je pronásledován myšlenkami na budoucnost, potřebuje přátelský vztah dvojnásobnou měrou. Potřebuje někoho, kdo mu pomůže, ulehčí

mu situaci, když je mu zle. Nemoc jej může uvrhnout do sociální izolace. Pokud je ponechán sám sobě, svým myšlenkám a utrpením je může se jeho zdravotní stav zhoršit. V tomto směru se zdravotníci snaží pacientovi pomoci. Pro zlepšení pacientova stavu, pro zlepšení jeho kvality života je důležitá spolupráce se zdravotníky. Klíčovou roli hraje navázání dobrého vztahu, kvalitní komunikace, profesionalita, vzájemná důvěra a zapojení pacienta do léčebného programu. (Křivohlavý, 1989)

Sociální stav – hodnocen na základě údajů o vztazích nemocného ke svým blízkým, o způsobu komunikace s lidmi, o roli v sociálních skupinách. Lidský jedinec je od svého narození až do smrti členem lidského společenství, jehož nejvýznamnější součástí je rodina. Rodina formuje osobnost a chování jedince. (Vymětal, 1999)

Prostředí – svoboda, finanční zdroje, bezpečí, dostupnost sociální a zdravotnické péče, domácí prostředí
(Vaďurová et al., 2005)

Vnitřní faktory

Kvalita života je do určité míry také ukazatelem toho, jak pacient zvládá svou situaci. Kromě vnějších faktorů mají svou roli i interní faktory. Interní faktory lze rozlišit na dvě skupiny. První se týká faktorů působících na pacienta momentálně (fyzický stav), druhá se týká faktorů, které působí na pacienta dlouhodobě (odolnost, nezdolnost, zralost, osobnost pacienta). Často se stávají trvalou charakteristikou pacientova života. (Křivohlavý, 1989)

Fyzické zdraví – energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost pracovat.

Psychické zdraví a duchovní stránka – sebepojetí, pozitivní a negativní pocity, myšlení, sebehodnocení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání

Fyzický stav – je určován výskytem různých symptomů onemocnění do určité míry, ale také nežádoucími účinky poskytované léčby.

Funkční zdatnost – definována především stavem tělesné zdatnosti, jež je hodnocena dle stupnice WHO nebo dle stupnice navržené Karnofským. Patří sem také schopnost komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění v rodině a v zaměstnání.

Psychický stav – tento stav je hodnocen především podle převažující nálady, dle postoje k nemoci a životu, jakým způsobem se dokážeme vyrovnat s nemocí a léčbou. Je možno jej také hodnotit dle osobní charakteristiky a způsobu prožívání nemoci. (Vaďurová et al., 2005)

1.8 Hodnocení kvality života

Jak již bylo zmíněno, je pojem kvality života používán v mnoha oblastech lidského života. Také WHO se zabývá kvalitou života ve více rovinách například projekty Zdraví pro všechny v 21. století, Projekty zdravé město, zdravá obec, zdravá škola.

V sociologické oblasti je možné hodnotit kvalitu života dle sociální úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vzdělání, rodinné vztahy, sociální interakce. V medicíně je hodnocení kvality života posunuto do roviny psychosociální a fyzické. Nejčastěji je přitom používán termín „health related quality of life“ tedy kvalita života ovlivněna zdravím. Ten vyjadřuje tezi, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu léčby jsou sledovány subjektivní i objektivní údaje o stavu pacienta např. přítomnost bolesti, schopnost sebeobsluhy, intenzita únavy, míra úzkosti, napětí atd. (Payne et al., 2005)

Kvalitu života je možno hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů, přičemž nejpodstatnějším je subjektivní hodnocení nemocného, tak jak sám vnímá vlastní zdravotní situaci včetně schopnosti svého sebeuplatnění v pracovním, rodinném i sociálním prostředí. (Huvar, 2003)

Nejčastěji hodnocené oblasti života člověka:

1. Fyzikální funkce – mobilita, soběstačnost, zrak, sluch, kontinence
2. Emocionalita – deprese, lítostivost, pocit strachu
3. Sociální funkce – vztahy v rodině, její podpora, vztahy k okolí, náplň volného času
4. Práce, domácí práce, nakupování apod.
5. Bolest
6. Spánek a jeho kvalita
7. Symptomy specifické pro dané onemocnění

(Slováček et al., 2004)

1.9 Metody posouzení kvality života

Je možno se domnívat, že předchůdcem metod měření kvality života byly tzv. HS (health state)- rejstříky zdravotního stavu pacienta, případně souboru jeho zdravotních obtíží. Zdokonalenou formou jsou HSP (health state profile)- profily zdravotního stavu, šlo v nich o pokusy nastínit zdravotní stav pacienta tak, jak je viděn z ryze lékařského, obecně fyziologického hlediska. Snahy o zachycení stavu těžce nemocného pacienta vedly řadu lékařů k vypracování návrhů metod, které by se tento stav- kvalita života pacienta- co nejdůvěrněji zachytily. (Payne et al., 2005)

1.9.1 Metody posouzení kvality života druhou osobou

APACHE II (*Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System*) – snahou tohoto hodnoticího systému akutního a chronicky změněného zdravotního stavu je hodnotit celkový stav pacienta fyziologickými a patologickými kritérii. Metoda je postavena na vážnosti onemocnění pacienta dle kvalitativní odchylky od normy. Výsledek je vyjádřen číselně, platí, že vyšší skóre znamená vyšší pravděpodobnost úmrtí pacienta.

Karnofskyho škála (*The Karnofsky Performance Scale*) – klade velký důraz na tělesnou dimenzi kvality života na úkor dimenze sociální a psychologické. Hodnotu zde stanovuje lékař a procentuální škála je dána hodnotou 0 – 100, přičemž čím vyšší index, tím lepší zdravotní stav pacienta.

Visual Analogue Scale (VAS) – tato metoda slouží k posouzení celkového stavu pacienta. Stupnicí je označena dlouhá čára se dvěma extrémy: velmi dobrý celkový stav pacienta; mimořádně špatný.

Index kvality života (ILF) – hodnocení vzniká na základě souladu mezi pacientem, zdravotnickým personálem, klinickým psychologem popřípadě dalšími členy zdravotnického týmu. Kritéria této metody jsou vyjádřena slovně.

Spitzer Quality of Life Index (QL) – tato metoda je často využívána pro zjištění zdravotního stavu a kvality života před a po terapii. V první verzi QL Indexu W. O. Spitzera byly zahrnuty

oblasti: aktivita, každodenní život, vnímání zdraví, podpora rodiny a přátel, pohled na život. Každá oblast zahrnuje okruh lidských činností a úkolem zkoumané osoby je označit, do jaké míry jsou dané aktivity použitelné v jeho životě. Tento nástroj není podle autora určen pro měření u zdravé populace. (Payne et al., 2005)

1.9.2 Subjektivní metody měření

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) – nejrozšířenější metoda měření kvality života. Metoda vychází z vědomí jak je kvalita života definována dotazovanou osobou a jak její samou hodnotí. Tato metoda využívá pro zjišťování údajů strukturovaný rozhovor, kdy respondent uvádí pět životních cílů a k nim i míru spokojenosti. Nespokojenost je rovna 0%, úplná spokojenost 100%.

Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – direct Weighting (SEIQoL – DW) – Touto metodou je možno označit ty oblasti života, které respondenti považují za nejdůležitější a dále ohodnotit jejich výkon v daných oblastech a spokojenost s každou z nich. Metodou tohoto nástroje pro zjištění údajů je standardizovaný polostrukturovaný rozhovor rozmístěný do třech kroků: identifikace životních cílů, zjištění současného stavu každého životního cíle a kvantifikace relativní důležitosti daných životních cílů.

Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP) - jedná se o sebesposuzující rozhovor, který má být zaznamenávaný školeným tazatelem. Sestává ze 105 položek, je využíván zejména pro hodnocení výsledků péče.

SQUALA – sebesposuzovací dotazník, konstruovaný podle jasných metodologických pravidel. SQUALA filozoficky vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb. (Vad'urová et al., 2005)

1.9.3 Smíšené metody zjišťování kvality života jsou:

MANSA – jedná se o vytvoření přesného obrazu kvality života určité osoby v určitý moment.

Life Satisfactory Scale (LSS) – je rozpracovaná v rámci metody MANSA. Hodnotí mimo celkovou spokojenost se životem také řadu dílčích dimenzí na vizuální sedmidílné stupnici, která obsahuje dva extrémy a pět mezistupňů. (Křivohlavý, 2001)

1.10 Kvalita života v medicíně a ošetrovatelství

V mnoha oblastech medicíny se nyní stále častěji kvalita života stává součástí jednotlivých medicínských a ošetrovatelských zásahů. Zdravotníky by dnes mělo zajímat, jakou kvalitu života cítí pacienti s jednotlivými onemocněními či jaký dopad na kvalitu života má ta či ona léčba. Středem zkoumání kvality života v medicíně a ošetrovatelství se stala oblast psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji je přitom operováno s pojmem „health related quality of life“ (kvalita života ovlivněna zdravím). Tento pojem lze interpretovat jako pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky. Není náhodou, že v medicíně bylo sledování kvality života započato právě u pacientů s onkologickým onemocněním. Je známo, že léčebná péče, která život prodlužuje, často svou agresivitou zhoršuje kvalitu života více než léčba samotná. (Payne et al., 2005)

1.10.1 Kvalita života pacientů- očekávání versus realita

Když přichází pacient do zdravotnického zařízení pro nějakou léčbu, zdravotníci předpokládají, že přichází provedení lékařského zákroku. Co zůstává často skryto jejich pozornosti, je skutečnost, že lidé přicházejí s očekáváním změny kvality života. Míra očekávané změny je mnohdy výrazně vyšší, než lze rozumně očekávat. Rozdíl mezi očekávanou a dosaženou změnou kvality života pak zásadním způsobem ovlivňuje spokojenost pacienta s léčbou. Neschopnost na straně zdravotníků včas rozpoznat skrytou část pacientova přání může vést k zásadním obtížím při řešení konfliktů vyplývajících z pacientovy duševní nespokojenosti s výsledky léčby.

Značnou obtíž představuje skutečnost, že pacienti si často neuvědomují, že souvislost mezi výsledkem léčby a změnou kvality života není tak bezprostřední, jak by se mohlo zdát. Zabývat se očekáváním pacientů je nezbytnou součástí léčby. Nedostatečná pozornost může vést k závažným následkům. Tím nejméně podstatným je nespokojenost pacienta s léčbou. A pak vede ke zhoršení pacientovy důvěry k lékaři a medicíně jako takové.

Závažnější je skutečnost, že neporozumění povaze pacientova očekávání znemožňuje nabídnout mu takovou péči, která by byla schopna lépe splnit jeho očekávání. To neznamená odmítnutí zákroku, který si pacient přeje. Ten může být zcela namístě. Lékař by však měl být

schopen pacientovi ozřejmit limity, které zákrok má z hlediska jeho očekávání. Spolu s ním pak doporučit další součásti léčby. Představíme-li si jedince s defektem, jehož existence ovlivňovala vývoj jeho psychiky, mělo by odstranění tohoto defektu být doprovázeno psychoterapeutickou péčí- rehabilitací. (Payne et al., 2005)

1.11 Kvalita života po transplantaci jater

Transplantace jater představuje metodu volby při léčbě chronického jaterního selhání. Cílem v současné době není pouze zlepšení přežití nemocných, novým cílem se stává odstranění komplikací spojených s transplantací jater a dlouhodobým užíváním imunosupresivní léčby. Pacient by měl dosáhnout po provedeném zákroku pocitu pohody jak ve fyzické, tak psychosociální sféře. (Trunečka et al., 2009)

2 Transplantace jater

Transplantace jater je dnes již plně uznanou chirurgickou metodou léčby nezvratného selhání jater, některých nádorů jater a metabolických onemocnění vázaných na játra.

2.1 Definice transplantace

V lékařském slovníku se lze dočíst, že transplantace je záměrné přenesení tkáně či orgánu z jednoho místa na druhé (např. část tkáně v plastické chirurgii) nebo z jednoho člověka na druhého (z dárce na příjemce).

2.2 Historie a současnost transplantace jater

Játra patří k životně důležitým orgánům lidského organismu. Uskutečnit přenos zdravého jaterního štěpu nemocnému s jaterním selháním lákalo řadu chirurgů. Důvod byl zřejmý – neexistující rutinně použitelná umělá náhrada jaterních funkcí. (Třeška et al., 2002)

2.2.1 Historie a současnost transplantace jater ve světě

První zmínku o transplantacích jater lze v odborné literatuře najít z roku 1955. Doktor C. S. Welch ze Spojených států se svými spolupracovníky prováděl tzv. auxiliární přenosy jater v experimentu u psů. Vzhledem k tomu, že tehdy nebyla pacientům podávána žádná imunosupresiva, docházelo během několika dnů k rejekcím štěpů. Teprve mnohem později se zavedením azathioprinu (imunosupresivum) bylo dosaženo delšího přežívání transplantovaných štěpů, kdy k poškození docházelo přibližně 14 dnů po transplantaci. Technika ortotopické transplantace (umístění transplantovaného orgánu na stejné místo odebraného orgánu) byla vyvíjena v experimentu od roku 1956. V následujících 7 letech dva týmy – jeden v Bostonu vedený doktorem F. D. Moorem a druhý v Denveru vedený doktorem T. Starzlem

tyto techniky podrobně vypracovaly. Na základě těchto experimentů provedl v březnu roku 1963 Starzl se spolupracovníky v Denveru první klinickou ortotopickou transplantaci jater. Přes rozsáhlé experimentální zkušenosti operačního týmu skončila operace masivním krvácením a úmrtím nemocného. V následujících 4 letech byly pokusy o tuto operaci prováděny jen na několika pracovištích ve světě bez úspěchu. V červenci roku 1967 byla v Denveru uskutečněna poprvé úspěšná transplantace jater. Pacient s rozsáhlým hepatomem přežíval od výkonu déle než 1 rok a zemřel na rekurenci nádorového onemocnění. I přes tento úspěch byly výsledky na několika pracovištích ve světě špatné, s časnou mortalitou vyšší než 70 %.

V roce 1968 doktor R.Calne a spol. provedli první transplantaci jater v Evropě v Cambridge. Historickým mezníkem v transplantologii bylo zavedení nového imunosupresivního léku cyklosporinu A v roce 1978 tento lék prokazatelně zvýšil přežívání štěpů nejméně o 20 %. Takto významné zlepšení výsledků vedlo ke zvýšení počtu transplantací a k narůstání počtu pracovišť, která se transplantacím jater systematicky věnovala. V roce 1983 byly transplantace jater v USA uznány jako klinická léčebná metoda. (*Koordinační středisko transplantací, 2005, online*)

V současné době je transplantace jater považována za běžnou léčebnou metodu a podle mezinárodních registrů je ve světě prováděno okolo 10 000 transplantací ročně. (Trunečka et al., 2009)

2.2.2 Historie a současnost transplantace jater v ČR

Transplantace orgánů v bývalém Československu byly zahájeny prvními úspěšnými transplantacemi ledviny, v roce 1961 v Hradci Králové a v roce 1966 v Ústavu klinické a experimentální chirurgie. Tento ústav byl spolu s dalšími v roce 1971 sloučen a tak vzniknout Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM). Transplantační program se stal jednou z hlavních součástí odborného zaměření IKEM a byly zde vytvářeny podmínky pro transplantace dalších orgánů. První transplantace jater byla úspěšně provedena poprvé v Československé republice dne 02. 02. 1983 v Brně týmem II. chirurgické kliniky vedeným V. Kořístkem. Příjemcem byl pacient s tumorem jater, který se i po 27 letech těší dobrému zdraví a je nejdéle žijícím pacientem po transplantaci jater v ČR. Během následujících let bylo v Brně provedeno pouze 13 jaterních transplantací a bylo zřejmé, že brněnské pracoviště nezvládne pokrýt potřeby ČR a bude nutné program transplantace jater rozvinout na dalším pracovišti.

Logickým kandidátem bylo největší transplantační centrum v zemi- pražský IKEM, kde se kromě ledvin prováděly transplantace srdce a pankreatu.(Trunečka et al., 2009)

V posledních deseti letech se dostala transplantace jater v ČR jako léčebná metoda, svou kvalitou i kvantitou prováděných výkonů na úroveň většiny západních zemí. V současné době, se v obou transplantačních centrech provádí 100 transplantací jater u dětí a dospělých ročně. Transplantace jater se stala standardním léčebným postupem. (Trunečka et al., 2009)

2.3 Indikace k transplantaci jater

Transplantace jater je metodou volby v léčbě pokročilého jaterního onemocnění (anatomie a fyziologie jater a příznaky jaterního onemocnění viz příloha č. 1,2), kdy veškeré konzervativní způsoby léčení byly vyčerpány. Během 30 let se názory na indikace transplantací jater významně měnily. V počátečním období byly nejčastější indikací nádory jater. Z chirurgického pohledu byly tyto operace relativně jednodušší než transplantace nemocných s pokročilou jaterní cirhózou, kde je vysoké riziko krvácivých komplikací způsobené pokročilou koagulopatií a přítomností portokaválních spojek. Dlouhodobé přežívání pacientů s jaterními nádory však bylo velmi nízké. Příčinou vysoké mortality byla vysoká rekurence jaterních tumorů při podávání imunosupresivní léčby. V dalších obdobích v indikacích transplantace jednoznačně převládla chronická parenchymová onemocnění jater, která vedou k jaterní cirhóze. Obecně platí, že indikovat nemocné k transplantaci jater je vhodné u těch pacientů, u kterých je předpoklad, že by při konzervativní terapii svého jaterního onemocnění nepřežili více než jeden rok. (Třeška et al., 2002)

Indikace k transplantaci jater lze rozdělit do následujících skupin:

- A. nemocní s jaterním selháním: akutní / chronické
- B. nemocní s vrozenou metabolickou chorobou vázanou na játra
- C. nemocní s nádorovým onemocněním jater (Třeška et al., 2002)

2.3.1 Akutní (fulminantní) jaterní selhání

Jen málokteré onemocnění zasáhne tak náhle a hluboce zdraví a osud postiženého jako akutní selhání jater. Společným rysem tohoto etiologicky nesourodého nejednotně vymezeného stavu je rychlý vývoj jaterního selhání v průběhu dnů až týdnů. Dominujícími příznaky jsou koagulopatie a encefalopatie. Stav je potencionálně letální a má při konzervativní terapii vysokou mortalitu. Jedinou obecně přijatou a relativně spolehlivou léčebnou metodou je transplantace jater. Akutní selhání jater tvoří přibližně 5 – 10 % všech transplantací jater. Pro objektivní posouzení pokročilosti jaterního onemocnění bylo vyvinuto několik prognostických kritérií (Child- Pugh skóre, MELD, PELD), která mají určit, kteří nemocní mají být urgentně transplantováni (viz příloha č. 3). (Lata et al., 2005)

2.3.2 Chronické jaterní selhání

Mezi nejčastější onemocnění vedoucí k transplantaci jater, jsou chronická onemocnění, vedoucí ke vzniku jaterní cirhózy na podkladě:

cholestatického onemocnění (charakterizovány městnáním žluči):

- primární biliární cirhóza – vhodná indikace. Transplantace je indikována nejen při pokročilé cirhóze s metabolickými či vaskulárními komplikacemi, ale i při nesnesitelném pruritu či prohlubující se malnutricí. Výsledky transplantací v této indikační skupině jsou vynikající, byly však popsány rekurence základního onemocnění v jaterním štěpu.
- primární sklerozující cholangitida – u těchto nemocných jsou transplantace mnohdy technicky obtížné pro předchozí chirurgické a endoskopické výkony na žlučových cestách. Nemocní by měli být zařazováni na listinu čekatelů dříve, jelikož v pozdních stádiích je onemocnění spojeno s vysokým výskytem cholangiokarcinomu, který výrazně zhoršuje prognózu. Přibližně u 70 % pacientů se současně vyskytuje idiopatická proktokolitida.
- sekundární biliární cirhóza – u iatrogenního poškození po předchozích výkonech na žlučových cestách bývá často transplantace technicky velmi náročná.

- vrozená atrezie žlučových cest – nejčastější indikace transplantace jater v pediatrii. U těchto pacientů je transplantace opět velmi náročná, neboť výkonu předchází prakticky vždy portoenteroanastomóza (Kasaiova operace). (*Koordináční středisko transplantací, 2005, online*)

parenchymového onemocnění:

- autoimunní hepatitida – je vhodnou indikací, u části nemocných se může objevit rekurence onemocnění. Vzhledem k imunosupresivní léčbě po transplantaci je však progresse velmi pomalá.
- chronická hepatitida C s přechodem do cirhózy – tvoří na většině pracovišť především ve Spojených státech nejčastější indikaci. Oproti původnímu optimistickému názoru se v poslední době zjistilo, že rekurence hepatitidy C, která je prakticky 100 %, vede záhy k cirhóze. Ta je přítomna již do 5 let u 30 % nemocných.
- chronická hepatitida B s přechodem do cirhózy – donedávna se transplantace jater u těchto pacientů prováděly jen velmi zřídka. Důvodem byla vysoká rekurence hepatitidy B s velmi rychlou progresí do jaterní cirhózy. Zavedením léčebných protokolů s virostatiky a imunoprofylaxí hyperimunním antiHBs globulinem se výsledky dramaticky zlepšily a neliší se od výsledků v ostatních indikačních oblastech. kryptogenní cirhóza – stále tvoří 20 – 30 % indikací. Se zdokonalováním diagnostiky v hepatologii by se tato skupina mohla nadále v budoucnosti zmenšovat.
- chronické alkoholické onemocnění jater – zařazení těchto pacientů na listinu čekatelů předchází velmi pečlivé psychologické vyšetření, aby se zabránilo rekurenci onemocnění. Je nutná nejméně šestiměsíční kontrolovaná abstinence, dobré sociální zázemí a nepřítomnost přidružených onemocnění (kardiomyopatie, těžká malnutrice – podvýživa, zejména ve smyslu špatného složení stravy, chronické infekce). (*Koordináční středisko transplantací 2005, online*)

venooklusivní choroby, Budd- Chiariho syndrom:

nejsou příliš časté, je nutno vyloučit především hematologická onemocnění

2.3.3 Vrozené vady metabolismu s defektem vázaným na játra

Patří sem velké množství relativně vzácných onemocnění, např. Wilsonova choroba, deficit alfa-1 antitrypsinu, hemochromatóza, familiární amyloidóza, familiární hyperliproteinemie, hemofilie, Crigler-Najjarův syndrom, protoporfyrie a další. Výsledky transplantací jater jsou v této skupině vynikající. (*Koordináční středisko transplantací, 2005, online*)

2.3.4 Nádory jater

- Hepatocelulární karcinom- v počátečních obdobích vývoje transplantací jater tvořili pacienti s hepatocelulárními nádory významnou část indikací k transplantaci. Po několika letech však zavládla skepse. Důvodem byla vysoká rekurence nádorů, ke které docházelo nejméně v 70 % všech případů. V současné době tak tvoří jaterní nádory jen přibližně 3 – 4 % indikací k transplantacím jater. Zkušenosti v oboru prokázaly, že pečlivým výběrem pacientů lze výsledky výrazně zlepšit. U nemocných, kde nádor dosahuje velikosti do 5 cm, nebo nejsou přítomny více jak 3 ložiska do velikosti 3 cm, bývají výsledky transplantací srovnatelné s jinými nenádorovými onemocněními a výrazně převyšují výsledky přežívání nemocných, kteří podstoupili parciální hepatektomii. Pro úspěšné provedení transplantace jater je klíčové správné načasování provedení transplantace, tzn., je nutné provést výkon co nejdříve, aby bylo zamezeno progresi nádoru. V případě delšího časového období stráveného na čekací listině je vhodné provést chemoembolizaci nádoru.
- Jiné malignity- tvoří jen ojedinělé indikace k transplantaci. Dlouhodobě dobrých výsledků je dosaženo u nemocných s maligním epiteloïdním hemangioendotheliomem. Z mimojaterních malignit byly popsány úspěchy u karcinoidu, kdy současně s odstraněním primárního ložiska byla provedena transplantace jater pro solitární metastázu. (*Koordináční středisko transplantací, 2005, online*)

2.4 Kontraindikace k provedení transplantace jater

Vzhledem k technické, logistické a ekonomické náročnosti transplantační léčby je nutné na čekací listinu zařazovat pouze ty pacienty, kteří z této metody léčby mohou dlouhodobě profitovat. Ne každý pacient s diagnosticky prokázaným jaterním onemocněním je k transplantaci vhodný. (Třeška et al., 2002)

absolutní kontraindikace:

1. Jiná maligní onemocnění včetně cholangiokarcinomu
2. AIDS, pozitivita HIV
3. aktivní alkoholismus nebo jiné toxikomanie
4. sepse a jiné závažné infekce
5. pokročilá mimojaterní onemocnění (kardiovaskulární, plicní, renální)
6. závažné psychosociální poruchy.

relativní kontraindikace:

1. Příliš pokročilé jaterní selhání s malou nadějí na úspěch transplantace
2. věk nad 60 – 65 let
3. rozsáhlé předchozí nitrobřišní operace, které znemožňují chirurgický výkon
4. rozsáhlé anatomické anomálie, trombóza v. portae. (Třeška et al., 2002)

2.5 Zařazení pacienta na čekací listinu

Transplantologie je multidisciplinární obor medicíny, který stojí na precizní spolupráci odborníků z následujících odvětví lékařství: anesteziologie, chirurgie, hepatologie, patologie, mikrobiologie, pediatrie (v případě dětských příjemců), Pro postup k zařazení pacienta na čekací listinu (zařazovací formulář viz příloha č. 10) jsou pevně daná a stanovená pravidla a ta jsou mírně odlišná u pacientů, kteří jsou zařazováni na čekací listinu (WL- Waiting list z angl., ukázka údajů pacienta na WL viz příloha č. 5) v normálním pořadí (pacient je ve stabilizovaném stavu,

nevyžaduje hospitalizaci na JIP či ARO, není nutná podpora dechu ani oběhu) než u pacientů, kteří jsou zařazováni na WL v urgentním pořadí. Doba od zařazení na WL po samotné provedení transplantace jater se pohybuje v rozmezí dnů až měsíců. Průběžné naplňování čekací listiny je jednou z podmínek hladkého průběhu programu transplantace jater. Jen při průběžném a systematickém naplňování čekací listiny lze dosáhnout optimálního využití všech potencionálních dárců orgánů. (Šperl, 2005)

Pořadí pacientů na WL:

- 0- neaktivní, dočasně vyřazen
- 1- stabilní, v domácí péči
- 2- nestabilní, v domácí péči, či hospitalizace na standardním oddělení
- 3- nestabilní, hospitalizace na intermediárním oddělení nebo JIP
- 4- urgentní, hospitalizace na JIP nebo ARO

Proces zařazování pacientů na WL:

- 1. Doporučení pacienta ke zvážení transplantační léčby
- 2. ambulantní vyšetření
- 3. protokolární vyšetření (seznam vyšetření viz příloha č. 4)
- 4. zařazení na WL
- 5. sledování a léčba před transplantací jater
- 6. transplantace.

Zařazení pacienta na WL vždy předchází podrobné vyšetření, které se od roku 2010 provádí ambulantně. Do roku 2010 byli pacienti vyšetřováni za krátké hospitalizace.(Šperl, 2005)

Cíle předtransplantačního vyšetření

- 1. Zhodnocení etiologie a pokročilosti onemocnění jater.
- 2. Zhodnocení možných komorbidit kontraindikujících transplantaci.
- 3. Zhodnocení abúzu alkoholu na onemocnění jater.
- 4. Zhodnocení předpokladů pro dodržování dlouhodobé abstinence alkoholu.
- 5. Zhodnocení předpokladů pacienta pro dobrou spolupráci při léčbě.
- 6. Sanace infekčních fokusů, zejména dentálních.
- 7. Poučení pacienta o léčbě před a po transplantaci jater.

Program předtransplantačního vyšetření

1. Laboratorní vyšetření krve, moči, mikrobiologické vyšetření
2. spirometrie, EKG, echokardiografie
3. zobrazovací metody (RTG hrudníku, USG epigastria, CT epigastria)
4. endoskopická vyšetření (kolonoskopie, gastrokopie, ERCP)
5. kostní denzitometrie
6. psychologické a psychiatrické vyšetření
7. konziliární vyšetření- stomatolog, ORL, gynekolog.

Předtransplantační vyšetření zpočátku probíhalo dle protokolu z berlínského centra, s narůstajícími zkušenostmi byl protokol upravován do současné podoby (viz příloha č. 4). Například se před transplantací již neprovádí břišní angiografie, naopak koronarografie se stala rutinním postupem u diabetiků a pacientů starších 60 let. U pacientů s primárními tumory jater se navíc provádí zobrazovací vyšetření za účelem vyloučení vzdálených metastáz. U pacientů, kteří jsou na WL zařazováni v urgentním pořadí, je naopak vyšetření maximálně urychleno a zkráceno. (Šperl, 2005)

Pacienti zařazovaní na WL v urgentním pořadí:

- Příjemce musí být se souhlasem indikační komise umístěn na listině čekatelů v IKEM Praha nebo CKTCH Brno.
- Příjemci s akutním selháním jater různé etiologie, kteří splňují tzv. King's College kritéria pro urgentní transplantaci (viz příloha č. 3).
- Nemocní s tzv. primární afunkcí transplantovaných jater.
- Nemocní s trombózou jaterní tepny, která se vyvinula do 7 dnů po první transplantaci.
- Fulminantní forma Wilsonovy choroby jater.
- Pacienti s akutním zhoršením chronického jaterního onemocnění (rozvoj hepatorenálního syndromu, rozvoj encefalopatie, atd.).

V ČR jsou k transplantaci jater zvažováni, připravováni a zařazováni na WL také pacienti ze SR. Před samotným zvážením pacienta k transplantaci je nutné vyjádření spolupráce české a slovenské pojišťovny o uhrazení všech nákladů spojených s léčbou.

Podmínky pro přijetí pacienta ze SR do IKEM k plánované péči po vstupu do EU:

A: Souhlas od své slovenské ZP.

1. Formulář E 112 SK „*Potvrdenie o zachovaní nároku na aktuálne poskytovanie vecné dávky a dávky v materstve*“, který vystavuje slovenská zdravotní pojišťovna, které je pacient klientem.
2. „*Prílohu k formuláru E 112 SK*“, v kterém je uveden rozsah věcných dávek „(*zdravotnej starostlivosti EU*)“ a také způsob dopravy.
3. Formulář E 111 SK

B: Registraci pacienta u některé z českých zdravotních pojišťoven.

Znamená to, že si pacient sám zvolí českou zdravotní pojišťovnu, která zprostředkuje úhradu mezi IKEM a slovenskou zdravotní pojišťovnou. Pokud tzv. výpomocná česká ZP souhlasí s registrací, vydá písemné potvrzení, ve kterém přidělí slovenskému pojištěnci číslo pojištěnce v ČR, na kterém mu bude péče účtována. Na potvrzení je rovněž výslovně udán druh péče, která mu může být v IKEM poskytnuta a způsob, jak se budou náklady poskytnuté zdravotní péče účtovat.

V ČR je také možno transplantovat pacienty, kteří nemají v ČR ani v SR uzavřeno zdravotní pojištění. V takovém případě si náklady na léčbu hradí sám = samoplátce.

Cenová kalkulace transplantační léčby:

- Hospitalizace s transplantací: 450 000Kč (bez komplikací) – 900 000Kč (hospitalizace s komplikacemi).
- Hospitalizace s vyšetřovacím programem před zařazením na čekací listinu k transplantaci: 150 000Kč.

2.6 Vyřazení pacienta z čekací listiny

Transplantace jater je ve většině případů indikována pro nemocné v ohrožení života. Vyřazení nemocného z čekací listiny je pro lékařský tým hraničním rozhodnutím. Je však nezbytné je učinit v případě, kdy nemocný ztrácí reálnou šanci mít z transplantace jater užitek, tj. kdy se jeho zdravotní stav natolik zhoršil, že je jen malá naděje na úspěch výkonu. Důvodem k vyřazení je také jakákoliv absolutní kontraindikace, která byla zjištěna u nemocného na čekací listině: návrat ke škodlivému pití alkoholu či drogám, závažná infekce, maligní onemocnění atd. Pacient může být z čekací listiny rovněž vyřazen pro zlepšení stavu. Dočasné vyřazení nastává

především při nálezu relativních kontraindikací nebo komplikací (infekční onemocnění, nezahojená rána po extrakci zubu atd.), u kterých se předpokládá úspěšné vyřešení během blízké budoucnosti. (Trunečka a kol., 2009)

2.7 Výběr čekatele k transplantaci jater

Vzhledem k tomu, že na listinách čekatelů jsou pacienti s odlišnými jaterními chorobami v různých stádiích jaterní nedostatečnosti či selhání, byla vypracována tzv. alokační kritéria, podle kterých jsou orgány transplantovány nejvhodnějším čekatelům. Provedení transplantace jater má být načasováno tak, aby měl pacient reálnou šanci na přežití po transplantaci, zlepšení kvality života a měl malé riziko závažných komplikací. Vzhledem k tomu, že v České republice jsou dvě pracoviště, která provádějí transplantace jater (IKEM Praha a CKTCH Brno), existují dvě čekací listiny a dva odběrové regiony, pro které platí následující alokační kritéria:

- Pokud je čekatel v urgentním pořadí a dárce je z téhož regionu, je štěp poskytnut tomuto čekateli.
- Pokud není v regionu dárce urgentní čekatel, ale je urgentní čekatel v druhém regionu, je štěp určen tomuto urgentnímu čekateli.
- Pokud není v obou listinách čekatelů urgentní čekatel, dostává štěp čekatel téhož regionu, v kterém je dárce orgánu.
- Pokud není v regionu dárce čekatel, je štěp nabídnut pro příjemce z druhého regionu.

V případě, že na WL není žádný urgentní čekatel, je výběr příjemce prováděn dle následujících kritérií:

- Sodná krevní skupina
- Urgence (vyšší má přednost)
- Pořadí pacienta na WL (počet dní od zařazení)
- Fyzická konstituce (rozdíl dárce x příjemce max. ± 10 kg)

2.8 Předoperační příprava

Předoperační přípravu pacientů k transplantaci jater lze rozdělit z hlediska časového na dvě fáze: časná, bezprostřední

2.8.1 Časná předoperační příprava

Časná předoperační příprava spočívá, v podstatě již v samotném rozhodnutí, že pacient je vhodným kandidátem k transplantaci jater. Během tohoto rozhodování a vyšetřování je zjišťován pacientův nejen zdravotní, ale i psychický stav, transplantační tým se seznamuje s rodinou pacienta. O transplantaci je edukován nejen pacient, ale i jeho rodina, případně blízcí, kteří o něho po propuštění z nemocnice převezmou péči. A právě edukace pacienta a jeho rodiny je jednou z nejdůležitějších složek předoperační přípravy. (viz kapitola 2.14) Pacient je pravidelně sledován v ambulanci hepatologa, jsou sledovány parametry, které vypovídají o pokročilosti jaterního onemocnění a jeho vývoje, sleduje se celkový stav pacienta (váha, fyziologické funkce, komplikace jaterní cirhózy, přítomnost relativních kontraindikací...)

2.8.2 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava začíná ihned po výběru pacienta z WL jako vhodného kandidáta pro nabídnutý orgán. Po informování pacienta je iniciován jeho převoz sanitou, vrtulníkem či rodinou na dané transplantační centrum. Je přijat na specializované oddělení a jsou mu provedena nezbytná předtransplantační vyšetření dle protokolu (viz příloha č. 6, 7).

laboratorní vyšetření:

- EKG
- RTG srdce a plic
- selektivní dekontaminace střev- Ampho moronal 5ml *per oss* + 5ml Ulcogant *per oss*
- sprcha, oholení operačního pole, odlakování nehtů, extrakce zubní protézy, bandáž dolních končetin
- speciální příprava dle potřeby- korekce vnitřního prostředí, aplikace prokoagulačních faktorů

Během přípravy pacienta čeká transplantační tým na vyjádření odběrového týmu, zda je orgán, který právě vyjímají z těla dárce, vhodný k transplantaci (poškození, ischemie, trombóza...). Pokud nejsou kontraindikace k provedení transplantace jater (OLT_X- *Ortotopic liver transplantation*- z angl.), je pacient převezen na operační sál.

Pokud orgán není transplantabilní, je pacient transportován zpět domů. Samozřejmě z hlediska lidského, ekonomického, by se mohlo zdát, že byl pacient zbytečně vyšetřován. Pokud však vezmeme v úvahu, časové hledisko obnovení krevního oběhu v explantovaných játrech (maximálně 12 hodin), je nutné s přípravou začít neprodleně. Pro nástin situace lze uvést příklad časového harmonogramu transplantace jater.

1. Explantace jater z těla dárce trvá cca 2 hodiny.
2. Návrat ze zdravotnického zařízení kde proběhl odběr orgánu- rozmezí 30 min až cca 3 hodin, dle vzdálenosti (při velké vzdálenosti je transplantační odběrový tým přepravován vrtulníkem, jinak sanitou s výstražným zařízením).
3. Anestezie + explantace jater příjemce- 2 hodiny.
4. Implantace jater příjemci do obnovení krevního oběhu 4-6 hodin (dle komplikací).

Z toho vyplývá, že jednotlivé výkony na sebe musí plynule navazovat tak, aby byl dodržen čas studené ischemie (doba od počátku napuštění orgánu konzervačním roztokem do obnovení průtoku krve po transplantaci)

2.9 Pooperační péče

I pooperační péči lze rozdělit z hlediska časového na časnou a pozdní.

2.9.1 Časná pooperační péče

Časná pooperační péče u pacientů po transplantaci jater je obdobná jako pooperační péče u pacientů po velkých břišních výkonech, je závislá na průběhu operace a na míře komorbidit pacienta a jejich rozsahu. Po provedené transplantaci jater je pacient z operačního sálu přeložen na lůžko Kliniky anesteziologie a resuscitace, kde je obvykle hospitalizován 4-5 dní. Poté, v případě, že to pacientův stav dovoluje, je přeložen na chirurgické oddělení, kde je hospitalizován cca 10 dní. Pokud nemá pacient žádné komplikace, je možné jej 15-18 pooperační

den propustit do domácího ošetření. V případě komplikací je pacient přeložen na oddělení hepatologie, kde probíhá jejich léčení.

Pooperační péče spočívá včasné mobilizaci pacienta, snaze o časnou extrakci všech invazivních vstupů, monitorace jaterních funkcí a minimalizace rizik vzniku infekčních komplikací.

1. Péče o dýchací cesty- pokračování v režimu umělé plicní ventilace (UPV), snaha o časnou extubaci, do té doby přísně aseptické postupy při péči o DC, následuje aktivní dechová rehabilitace.

2. Monitorování fyziologických funkcí- v pravidelných intervalech (časně á 1 hodina, později se intervaly prodlužují až po 12 hodinách) tlak krevní (TK), puls (P), tělesná teplota (TT), saturace kyslíkem, centrální žilní tlak, centrální arteriální tlak (do extrakce centrálních vstupů), sledování krevních ztrát.

3. Sledování jaterních funkcí- rutinní a pravidelné sledování jaterních testů, krevního obrazu, koagulačních parametrů, renálních funkcí.

4. Sledování celkového stavu pacienta- RTG srdce a plic, ultrazvukové vyšetření jaterního štěpu, kulturační vyšetření, monitorace imunosupresivní terapie.

5. Péče o výživu- parenterální, enterální, perorální, suplementace iontů, podávání inzulínu za účelem udržení normoglykemie.

6. Péče o operační rány- sterilní převazy, stehy jsou extrahovány po cca 3 týdnech po provedené operaci.

7. Péče o vyprazdňování pacienta- sledování příjmu a výdeje tekutin, pravidelné měření bilance tekutin á 6 hodin (postupně až á 24 hodin).

8. Rehabilitace- cílem je časná mobilizace, prevence nozokomiálních nákaz. Je prováděna 3x-4x denně za pomoci rehabilitačního pracovníka. V případě že pacient v rámci rehabilitace a později i sociální interakce opouští oddělení, je nutno ho vybavit ústenkou a bavlněnými rukavicemi, které slouží jako brána infekci. Tuto bariéru používá i v případě návštěv na oddělení.

9. Péče o invazivní vstupy- centrální žilní katétr, centrální arteriální katétr, permanentní močový katétr, snaha o včasnou extrakci invazivních vstupů jako prevence vzniku infekce.

10. Péče o drenáže- penrose drén- z podjaterní krajiny- odstraněn cca 5-8 pooperační den.
(Trunečka et al., 2009)

2.9.2 Pozdní pooperační péče

Po propuštění ze zdravotnického zařízení je pacient nadále v pravidelných intervalech sledován v hepatologické ambulanci. Ústenku a rukavice jako bariéru infekce pacient používá cca 6 měsíců po operaci, nadále je pacientovi doporučeno omezení pohybu a pobytu v prostorech, kde se pohybuje více lidí obzvláště v období chřipkového období (divadlo, městská hromadná doprava...).

V intervalech 1x za 1, 2, 5, 7, 10, 15 let je každému pacientovi po OLTX provedena pravidelná roční kontrola po transplantaci jater, jejíž součástí je:

- Sérologické vyšetření krve- biochemie, hematologie, koagulace, virové hepatitidy
- RTG S+P
- USG epigastria
- Oční vyšetření- oční pozadí
- Kožní vyšetření
- Denzitometrie
- Jaterní biopsie
- Kolonoskopie- u pacientů s primární diagnózou PSC
- Vyplnění dotazníků kvality života SF-36

Medikamentózní terapie po transplantaci jater základní:

1. Imunosupresiva- Prograf, Cell - Cept
2. Kortikoidy- Prednison
3. Antivirotika – Valtrex, Zovirax, cca 6 měsíců po OLTX jako prevence virové infekce
4. Minerály – Ca, Mg
5. Kalcitriol- Rocaltrol, Osteod, prevence osteoporózy

Další medikace je pacientovi předepisována dle jeho aktuálního stavu např. antihypertenziva, léčba DM, antilipidemika, diuretika...

2.10 Dárce orgánů

V ČR je stanoveno zákonem, č.285/2002 Sb. *Zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých orgánů*, kdo může a kdo nemůže být dárce orgánů (viz

příloha č. 9). Respektuje Úmluvu na ochranu lidských práv a zachování důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva Rady Evropy 164). Tento zákon také stanovuje kdy je možno odebrat člověku, který splňuje stanovená kritéria, orgány, které budou použity k transplantaci. V ČR platí předpokládaný souhlas s odběrem orgánů, pokud člověk nesouhlasí, aby byly jeho orgány použity po smrti k transplantaci, musí tento souhlas vyjádřit písemně, potvrdit podpisem, ověřit notářem a registrovat se do Registru odmítačů, do kterého nahlíženo, v případě, že by pacient mohl být, po prokázání mozkové smrti, dárce orgánů. (podrobněji viz příloha č. 9)

Etiopatogeneze smrti mozku

Všechny klinické stavy vedoucí k mozkovému edému mohou potencionálně způsobit smrt mozku:

1. kraniocerebrální trauma
2. CMP
3. mozková hypoxie a anoxie
4. mozkové nádory
5. zánětlivá onemocnění mozku
6. intoxikace
7. metabolické příčiny

Za účelem zajištění a zprostředkování transplantací bylo Ministerstvem zdravotnictví dle ustanovení § 25 zákona č. 285/2002 Sb. k zajišťování koordinační a metodické činnosti v systému transplantačních center v rámci ČR zřízeno koordinační centrum Koordinační středisko transplantací (KST). Koordinátoři KST, kteří mají nepřetržitou službu, přijímají informace o potencionálních dárcích z regionálních transplantačních center. Přijímané výzvy jsou posléze zpracovány. Orgány jsou dle národní čekací listiny a alokačních algoritmů nabídnuty do příslušných transplantačních center konkrétním čekatelům. Co se týče mezinárodní spolupráce na poli transplantologie KST spolupracuje s organizací ETN (*European Transplant Network*). Iniciativa ETN byla založena v roce 2004 jako výsledek Pražské deklarace ministrů zdravotnictví některých starých a přistupujících zemí EU. V současné době je sídlo ETN v Římě. Hlavním cílem organizace je užší spolupráce v transplantační medicíně, předávání zkušeností a pomoc zemím, v nichž je transplantační program méně rozvinutý. Členské země mohou využívat služeb společného koordinačního dispečinku, pod názvem *Gate to Europe*. KST má

v rámci členství v ETN uzavřeny dohody o užší spolupráci s partnerskými organizacemi v Polsku, Maďarsku a Itálii. Členy ETN jsou: Česká republika, Estonsko, Irsko, Itálie, Kypr, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Malta, Nizozemí, Polsko, Rakousko, Řecko a Slovensko. Ke spolupráci s ETN se hlásí i Rada Evropy a WHO, naopak některé ze zakládajících států svou aktivitu po vstupu do EU výrazně omezily. (*Koordinační středisko transplantací, 2005, online*)

Péče o dárce orgánů

Po stanovení mozkové smrti lze při splnění všech právních podmínek odebrat orgány pro transplantační účely. V období od stanovení smrti mozku do odběru orgánů hovoříme o péči o dárce orgánů, tedy již nikoli o péči o nemocného. Jedná se o intenzivní péči s cílem zachovat co nejlepší funkci orgánů pro budoucího příjemce.

1.) Monitorování:

- a) EKG
- b) Pulzní oxymetrie
- c) Invazivní kontinuální měření se TK
- d) Měření CVP
- e) Měření TT
- f) Hodinová bilance tekutin
- g) Pravidelné monitorování krevních plynů, iontů, glukózy, urey, kreatininu v séru

2.) Zajištění hemodynamiky: cílem těchto opatření je dosáhnout co nejlepší perfuze orgánů

3.) UPV: k prevenci atelektáz se doporučuje PEEP 5cm H₂O

4.) Udržení vnitřního prostředí: substituce iontů, zejména kalia

5.) Péče o TT: snaha o pasivní zabránění ztráty tepla, při poklesu TT pod 35 °C je nutné aktivní ohřívání: ohřáté infuze, termická poduška, zvýšení teploty vdechované směsi

6.) Péče o hemokoagulační stabilitu: plazma, fibrinogen, antitrombin

7.) Antibiotická profylaxe: širokospektrá ATB pro zabránění vzniku nozokomiální infekce

8.) Specializované diagnostické postupy: BWR, anti HIV, HbsAg, anti HCV, anti CMV a EBV (Ševčík, 2005)

Indikační kritéria pro dárčovství orgánů:

Ideální parametry dárce s ohledem na funkci budoucího štěpu:

- Věk mezi 5 a 55 lety
- Negativní anamnéza
- Hemodynamická stabilita
- Normální funkce orgánů
- Resuscitační péče trvající méně než 3 dny

Nepřijatelné parametry pro dárčovství orgánů:

Infekční onemocnění- AIDS, sepse, infekční hepatitida

Maligní nádor- kromě primárních tumorů mozku a kůže

Zjevné orgánové onemocnění- např. glomerulonefritida při odběru ledvin

(Ševčík, 2005)

2.11 Chirurgické techniky transplantace jater

Smrt mozku je nezvratným stavem. Stanovením smrti mozku se za předpokladů splnění obecně platných principů může stát z pacienta kadaverózní dárce orgánů. A to pouze tehdy, nedošlo-li k poškození těchto orgánů (primárním onemocněním, ischemií, úrazem). Jaterní štěp (jako štěp je označována buňka, tkáň nebo orgán, které se transplantují) je obvykle získáván v rámci multiorgánového odběru z dárce, který je proveden dle následujících kritérií: odpovídající velikost jater, shoda v krevní skupině, absence absolutních kontraindikací k odběru (malignita, drogová závislost, jaterní onemocnění, vysoký věk dárce a jeho obezita, HIV pozitivita a některá další infekční onemocnění). Objektivní kritéria pro zhodnocení kvality jaterního štěpu před či po odběru neexistují, odhad kvality provádí odběrový chirurg, který musí mít dostatečné zkušenosti a na nich závisí další osud transplantovaného. (Třeška et al., 2002)

Typy chirurgických technik transplantace jater

- *full - size liver transplantation* (transplantace celých jater)
 - standardní technika (hepatektomie u příjemce s odstraněním dolní duté žíly)
 - *piggyback* technika (hepatektomie u příjemce s ponecháním dolní duté žíly)
- *reduced - size liver transplantation* (transplantace části jater od mrtvého dárce)
- *split - liver transplantation* (jeden dárcovský orgán rozdělen pro dva příjemce)
- *living - related liver transplantation* (transplantována část jater od živého dárce) (Třeška et al., 2002)

Transplantace jater jsou dvě operace:

- operace dárce
- operace příjemce (obrázky viz příloha č. 8)
 1. hepatektomie
 2. implantace graftu (dárcovský orgán)
 3. stavění krvácení, sutura ran (Třeška et al., 2002)

Operace dárce

Ve velké většině případů se provádí multiorgánový odběr a na odběru může spolupracovat několik operačních týmů. Standardně se provádí odběr srdce, plic, jater, ledvin a slinivky břišní. Samotný odběr je vlastně příprava k regionálnímu proplachu prezervačním roztokem, který je chladný 4-8°C. Po proplachu orgánu tímto roztokem a lokálním zchlazení ledovou tříští jsou játra odebrána a uložena v chladu.

Operace příjemce

Pro dostatečný přístup do dutiny břišní je prováděna pravostranná subkostální laparotomie. Provedení hepatektomie je nejobtížnější část operace, především u nemocných po opakovaných operacích s mnohočetnými srůsty a portokaválními spojkami. Prvořadé jsou co nejnižší krevní ztráty bez poranění okolních struktur. Nejdříve je nutné provést uvolnění jater přetětím ligament a poté preparace v oblasti ligamentum hepatoduodenale, kde je snaha ponechat delší pahýly struktur (d. choledochus, a. hepatica, v. portae). Po jejich protěti je dokončena hepatektomie. Při *piggyback* technice je ponechána dolní dutá žíla příjemce, která je u standardní techniky odstraněna spolu s játry. Implantace jater začíná anastomózou mezi dolní dutou žílou pod bránicí

u příjemce a dolní dutou žílou játry dárcovského orgánu. Poté následuje anastomóza dolních dutých žil pod játry. V dalším pořadí je provedena *end to end* anastomóza v. portae. Po povolení svorky na v. portae jsou játra perfundována krví. Po vyplavení prezervačního roztoku z jater je uvolněna svorka nad játry. Jako poslední je provedena choledocho-choledocho anastomózu *end to end*. Je možná i anastomóza *side to side* a v některých případech choledochojejunó anastomózu dle Rouxe. V posledních letech většina center upustila od zavádění T drénu, protože výskyt komplikací u této techniky byl větší. (*Koordinální středisko transplantací, 2005,online*)

Protože ve většině zemí, kde jsou prováděny transplantace jater, dochází k úbytku orgánů a nemocní se nemusí dočkat vhodného orgánu, byly zavedeny do praxe další chirurgické techniky, které pomáhají tento problém řešit.

- *Reduced – size liver transplantation*- tato technika je použita, jestliže jsou darovaná játra příliš velká. Redukční operace mohou být prováděny in situ nebo ex situ a většinou jsou prováděny resekce 2. a 3. eventuálně 4. segmentu.
- *Split – liver transplantation*- rozdělením dárcovských jater jsou získány dva dárcovské orgány. Je nutné, aby byla zajištěna stejná kvalita štěpů. Většinou je prováděno rozdělení u dárce in situ. Vzhledem k tomu, že se jedná o náročnou chirurgickou techniku, je prováděna transplantačními centry, kde jsou velké zkušenosti s resekcemi jater a jsou k dispozici dva transplantační týmy.
- *Living – related liver transplantation*- je technikou, kdy část jater je získána od živého dárce, většinou příbuzného. Provádí se odběr jak levého tak pravého laloku, podle váhy příjemce. Tato technika se rychle ujala v Japonsku, kde není možný odběr orgánů od mrtvých dárců. V krátké době vyřešila nedostatek orgánů u dětských transplantací. (*Koordinální středisko transplantací, 2005, online*)

2.12 Komplikace po transplantaci jater

V časně pooperační fázi pozorujeme až u 50 % pacientů komplikace plicní (fluidothorax, atelektáza, infiltrát), 10 % pacientů bývá revidována pro hemoperitoneum, 10% pacientů má časnou dysfunkci štěpu až u 94 % pacientů lze pozorovat dočasnou poruchu renálních funkcí. Dále jsou časté hematologické změny, patologický neurologický nález či gastrointestinální

poruchy. Příčinou smrti v časném pooperačním období je nejčastěji multiorgánové selhání, v pozdním období to jsou infekční komplikace. (Třeška et al., 2002)

2.12.1 Chirurgické komplikace

- **Žlučové komplikace-** nejčastější chirurgická komplikace po transplantaci jater. Ve většině případů se setkáváme se vznikem stenózy. Příčiny vzniku jsou však různé. Může se jednat o technickou chybu, kdy jsou pahýly ductus choledochus příliš dlouhé. Rovněž z imunologických příčin vznikají stenózy. K postižení žlučových cest může dojít již při odběru orgánu špatným proplachem a dlouhou studenou ischemií. Diagnostika se provádí pomocí sonografie, CT, MR a ERCP. Léčba je zahajována dilatací stenóz a zaváděním stentů. Pokud tato terapie selže, je nutné provést biliodigestivní spojku.
- **Trombóza *arteria hepatica*-** příčinou trombózy je většinou technická chyba, ale svou roli hraje rovněž edém jater časně po transplantaci, eventuelní hyperakutní rejekce. Diagnostika je prováděna pomocí sonografie a angiografie. U akutní trombózy je snaha provést trombektomii. Pokud je tato léčba neúčinná dojde k primární afunkci štěpu s nutností akutní retransplantace (opakovaná transplantace). Jestliže dojde k trombóze *a. hepatica* v pozdějším období je funkce jater ovlivněna méně, ale dochází k poškození nitrojaterních žlučových cest se vznikem stenóz, někdy i k vytvoření jaterního abscesu.
- **Trombóza *vena portae*-** riziko vzniku je vyšší u pacientů, u nichž jsou založeny portokavální shunty, mají trombózu *v. portae* nebo je žíla hypoplastická. Diagnostika a léčba je stejná jako u trombózy tepny. Je provedena sonografie, eventuálně MR a poté trombektomie. Trombóza *v. portae* v pozdějším období může být asymptomatická (bez příznaků) a je léčena stejně jak u netransplantovaných.)
- **Stenóza *vena cava*-** jedná se o méně častou komplikaci, která se vyskytuje v 1 – 2 %. Je charakteristická vysokou mortalitou. Projevuje se velkým ascitem, edémem jater a otokem dolních končetin. Rovněž renální funkce mohou být zhoršeny. Kavagrafie je suverénní diagnostická metoda. Provádí se dilatace, eventuálně se zavede stent do postižené oblasti. V některých případech je nutná operace, ta je však velmi riziková, spojená s vysokou mortalitou. (Koordinační středisko transplantací, 2005,online)

2.12.2 Nechirurgické komplikace

- **Primární afunkce štěpu-** vyskytuje se u 2 – 4 % transplantací jater, kdy v časném období po transplantaci jater nedojde k rozvoji funkce štěpu. Z vyvolávajících faktorů se může na afunkci štěpu podílet steatóza transplantovaných jater, výrazná hypernatremie dárce či dlouhá doba studené ischémie. Jedinou nadějí transplantovaného je včasná retransplantace.
- **Rejekce-** akutní rejekce – se vyskytují u 20 – 40 % všech transplantovaných, především v prvních týdnech až měsících po transplantaci. Většinou reagují na vysoké dávky kortikosteroidů a nezhoršují dlouhodobou prognózu nemocných. V případě kortikorezistence jsou nemocní léčeni polyklonálními či monoklonálními protilátkami. Obávanou komplikací jsou chronické rejekce, které se vyskytují po letech od transplantace jater. Projevují se postupnou ztrátou drobných žlučových cest a ve většině případů jsou nevratné a vedou k retransplantaci.
- **Infekce-** jsou obávanými komplikacemi po transplantaci. V první fázi po transplantaci jater jsou nemocní ohroženi především bakteriálními infekcemi a sepsí. Po dobu intenzivní péče s nutností ventilace, břišní drenáže a centrálních žilních katétrů se provádí profylaxe širokospektrými antibiotiky. Dalším rizikem jsou generalizované mykózy a infekce herpetickými viry, především cytomegalovirem a EB virem.
- **Rekurence základního onemocnění-** některá onemocnění mají vysokou jiná nízkou predilekční tendenci k rekurenci. Jak již bylo zmíněno k rekurenci virové hepatitidy C dochází téměř ve 100 % případů. U pacientů s primární diagnózou HCV je časně po transplantaci zahájena léčba antiviroty, které při včasném zahájení jejich podání, zpomalí replikaci viru či ji sníží. V ČR však také můžeme popsat výskyt rekurence alkoholické jaterní cirhózy, kdy u transplantovaných jater můžeme sledovat rychlejší poškození jaterních buněk alkoholem a tím i rychlejší vznik jaterní cirhózy než u jater vlastních. *(Koordinační středisko transplantací, 2005, online)*

2.13 Imunosupresivní terapie po transplantaci jater

Vývoj v oblasti imunosupresivních léků byl jedním z nejdůležitějších faktorů rozvoje transplantační medicíny. Imunosupresiva blokují *alloantigenní* odpověď v organismu příjemce a brání tak vzniku akutní či chronické rejekce (odhojení). V současnosti se většinou používají kombinace imunosupresiv.

Rozlišujeme tři režimy imunosupresivní léčby:

1. indukční imunosuprese – používá se v časném období po transplantaci, kdy je nejvyšší riziko vzniku akutní rejekce.
2. udržovací imunosuprese – navazuje na období indukční léčby. Její podávání je doživotní. S časovým odstupem od transplantace se množství léků snižuje. Jejím smyslem je zabránit vzniku pozdních akutních rejekcí a především chronických rejekcí.
3. antirejekční imunosuprese – se používá jako útočná léčba tam, kde byla prokázána akutní rejekce. (Třeška et al., 2002)

Léčba imunosupresivy s sebou nese jistá rizika komplikací:

- zhoršení ledvinných funkcí- akutní, chronická renální dysfunkce
- kardiovaskulární a metabolické komplikace- hypertenze, hyperlipidemie, diabetes mellitus, obezita
- osteoporóza
- neurologické komplikace- bolesti hlavy, snížení koncentrace, tremor
- myeloproliferace- lymfomy- nejčastěji u mladších pacientů- mladistvých, dětí
- kosmetické obtíže- hirsutismus, akné (Maddrey, 2001)

2.14 Edukace pacientů

Transplantace jater je složitý chirurgický výkon, který vyžaduje perfektní logistiku a sebranost celého transplantačního týmu. K tomu, aby veškerá snaha nevyšla nazmar, je nutné, aby pacient byl dostatečně informován o celé problematice transplantační medicíny. Pacient je průběžně informován ošetřujícím personálem, ovšem těsně před zařazením na WL

je nutné provést pohovor s koordinátorkou transplantací jater (odborně vyškolená zdravotní sestra, která dbá o aktuálnost WL, pečuje o dokumentaci pacientů před a po OLTX, kontaktní osoba pro pacienty), která mu poskytne podrobné informace a získá od něj potřebné informace, které jsou součástí údajů uváděných na WL. Pohovor s pacientem koordinátorka také provádí u pacienta po OLTX, který je již propouštěn do domácího ošetření.

2.14.1 Edukace pacienta před provedením transplantace jater

Vzhledem k tomu, že pacient je zpravidla laik, je nutné edukovat, tak aby poskytnuté informace byly pro pacienta správně pochopitelné a dobře zapamatovatelné. Je nutné, aby koordinátorka také přihlédla k faktu, že k projevům jaterního onemocnění patří jaterní encefalopatie různého stupně a podané informace mohou být v důsledku této komplikace desinterpretovány. Je proto vhodné, aby spolu s pacientem byl edukován také člen rodiny, který bude o pacienta v době jeho domácího ošetřování pečovat. V případě, že potenciálním příjemcem je dítě, jsou důkladně edukováni oba rodiče za přítomnosti dítěte, i jemu jsou podávány informace v podobě, kterou bude schopno pochopit. V případě, že příjemcem je pacient v tak pokročilém stavu, že je nutná UPV je edukována rodina pacienta.

- Vysvětlení všech postupů týkající se transplantace jater- zařazení na WL, informace o nabídce orgánu, předoperační a pooperační péče, komplikace, život po transplantaci jater.
- Aktualizace dat uvedených na WL- kontaktní údaje, fyziognomie pacienta.
- Povinnosti pacienta- pravidelné návštěvy pretransplantační ambulance, hlásit změny tělesného, zdravotního stavu, dodržovat léčebný režim.
- Příprava domácího prostředí- úklid, příprava na omezení styku se zvířaty, odstranění květin z ložnice.

2.14.2 Edukace pacienta po provedené transplantaci jater

V případě, že hepatolog společně s transplantačním chirurgem usoudili, že pacient již nevyžaduje hospitalizační péči, musí být pacient před propuštěním do domácí péče poučen

koordinátorkou o potransplantačním režimu domácí péče. Klíčovou úlohu v úspěšné potransplantační léčbě hraje výborná spolupráce pacienta.

Poučení o:

1. pravidelné kontroly v potransplantační ambulanci
2. pravidelné užívání potransplantační medikace (životně důležité)
3. ochrana sebe sama před infekcí
4. vysvětlení komplikací a všech jejich příznaků
5. možnost kdykoli kontaktovat transplantační pracoviště

Do domácího ošetření pacient obdrží:

1. recepty na léky minimálně na 1 měsíc léčby
2. recept na převazový materiál (v případě potřeby)
3. zajištění přepravní zdravotnické služby minimálně na 6 měsíců po provedené OLTX (nárok od pojišťovny)
4. brožura Co je třeba vědět o transplantaci jater (viz příloha č. 16)
5. lékovníček- seznam veškeré medikace, kterou bude pacient užívat včetně informace o účincích, jak, kdy léky. Tento "lékovníček" musí nosit s sebou na ambulantní kontroly, kam mu ošetřující lékař zaznamená případnou změnu medikace.
6. kartička transplantovaného pacienta- veškeré kontaktní údaje na transplantační centrum. Tuto kartičku by měl pacient nosit při sobě, aby jakékoliv zdravotnické zařízení bylo schopné identifikovat pacienta jako transplantovaného a bylo schopno získat potřebné informace o léčbě, zdravotním stavu, atd.

2.14.3 Život s transplantovanými játry

Úspěšnost transplantace se vyjadřuje jako pravděpodobnost přežití. Jednoleté přežití u pacientů po transplantaci jater je 90 %, Desetileté přežívání je nejlepší u pacientů po transplantaci jater, v průměru přesahuje 70 %. Kvalita života příjemců orgánů bývá velmi podobná jako u zdravých lidí, často mohou pokračovat v práci, v rodinném životě včetně rodičovství, ve sportovních aktivitách dokonce včetně vrcholového sportu. Jedná se tedy o mimořádně úspěšné léčebné metody s velkou nadějí na dlouhodobý a velmi příznivý průběh.

1. Dieta: všem pacientům nelze doporučit stejný způsob výživy. Především je třeba vzít v potaz pacientovu tělesnou váhu před transplantací. Část pacientů může po OLTX i po propuštění domů trpět podvýživou, vzniklou především nedostatkem svaloviny vzniklým v době, kdy játra neplnila jednu ze svých základních funkcí a tou je tvorba bílkovin. V těchto případech by pacientova strava měla obsahovat větší množství bílkovin i více energie. U většiny příjemců je však situace jiná. Tělesná hmotnost není významně snižena, organismus naopak trpí relativním nadbytkem tukové tkáně. V tomto případě je třeba zvyšovat podíl aktivní tělesné hmoty cvičením a dieta nesmí obsahovat nadbytečné množství energie. Strava by měla být pestrá, vyvážená, s vysokým obsahem zeleniny a ovoce. Omezit solení, pít hodně tekutin, zvýšený přísun vlákniny, vápníku. Důležitá je příprava potravy, vaření a pečení je vhodnější než smažení. Pokrmy připravovat z čerstvých potravin, 2x nerozmrazovat, nejíst jídla, o jejichž přípravě není povědomí. V prvních měsících po transplantaci není možné doporučit stravování v restauraci. Nepít alkoholické nápoje!!

2. cvičení a sport: pravidelné cvičení zlepšuje tělesnou kondici i náladu. Za optimální sporty lze považovat jízdu na kole, plavání a turistika. Jestliže pacienti byly zvyklí sportovat před transplantací, je možno se ke sportu vrátit již po 2-6 měsících po OLTX.

3. preventivní prohlídky: gynekologické prohlídky minimálně 1x ročně, kožní vyšetření minimálně 1x ročně, kostní denzitometrie minimálně 1x ročně, stomatologické vyšetření minimálně 2x ročně, koloskopické vyšetření u pacientů se střevními záněty 1x ročně, u ostatních pacientů jednou za 5 let. Před závažnějším zákrokem je nutno aplikovat preventivně antibiotika (Amoxycilin 2g 1-2 hodiny před výkonem).

4. ochrana před infekcí: časté mytí rukou, nesahat si zbytečně na obličej a do úst, nestýkat se s lidmi s nachlazením nebo s jinými vzduchem přenosnými infekcemi, v období chřipkové epidemie omezit pobyt ve veřejných prostorech s velkým počtem lidí (veřejná doprava, supermarket, kina), denně měnit ručníky, ložní prádlo častěji, na zahradě se vyvarovat práci s tlejším materiálem, vyhýbat se kontaktu s cizími zvířaty.

5. očkování: konzultovat s ošetřujícím lékařem, očkování živou vakcínou není vhodné,

6. domácí zvířata: soužití s domácími zvířaty zvyšuje riziko infekce, proto je vhodné omezit kontakt se zvířaty v prvním půlroce po OLTX. Zvířata musí být pravidelně veterinárně sledována a měla by ve stanovených termínech užívat léky proti střevním parazitům.

7. práce na zahradě: práce s hlínou není vhodná v časném období po OLTX z důvodu rizika infekce, poranění atd., důležité je chránit se rukavicemi a ústenkou.

8. sexuální život: játra významně ovlivňují funkci pohlavních orgánů. Jaterní onemocnění často provází mužská impotence a u žen dochází ke ztrátě menstruačního cyklu. Libido bývá nízké

u obou pohlaví, to se po OLTX mění. Ženy mohou opět otěhotnět. Je nutné dbát na ochranu proti infekci- používat kondom, nelíbat partnera s oparem a s projevy nachlazení.

9. péče o kůži a vlasy: nejsou specifikována žádná doporučená opatření. Často dochází ke vzniku akné, projevům suché pokožky nebo jiné problémy s kůží. Pacienti se mohou libovolně sprchovat, koupat a mohou používat různá mýdla a běžnou kosmetiku. Kortikosteroidy zhorší kvalitu vlasů, používání barev, trvalé ondulace či odbarvovačů není vhodné.

10. rány a odřeniny: drobná poranění omývat vodou a mýdlem, péče o větší poranění náleží lékaři. Je důležité kontaktovat transplantační tým, pokud se pacientovi na kůži objeví výrůstky, vyrážky nebo barevné změny.

11. pobyt na slunci a koupání: pro transplantované pacienty je opalování nezdravé, opalování v soláriu není vhodné. Není vhodné koupat se kvůli riziku infekce ve stojatých vodách (rybníky, jezera).

12. kouření: při současném užívání imunosupresiv se veškerá rizika kouření výrazně zvyšují.

13. návrat do zaměstnání: většina pacientů se po OLTX bude moci vrátit ke svému povolání, týká se to především pacientů, kteří pracovali psychicky. U manuálně pracujících může být návrat k původní profesi obtížnější. OLTX má pacientovi umožnit návrat k normálnímu životu a sociální začlenění a návrat k práci tomu významně přispějí. Mnozí pacienti podstoupili OLTX když již byli zařazeni do skupiny obyvatel využívající plného či částečného invalidního důchodu. Provedení OLTX automaticky neznamená jeho pokračování či zrušení. Minimálně 6 měsíců je pacient ve stavu pracovní neschopnosti a jeho návrat do zaměstnání je závislý na aktuálním zdravotním stavu.

14. těhotenství po transplantaci: doporučení odborníků říká, že k početí může dojít za dva roky po OLTX (v případě, že funkce štěpu je stabilní). Důležité je před plánováním těhotenství zvážit rizika jak pro matku, tak pro dítě. Všechny gravidity je nutno sledovat jako vysoce rizikové, je nutné pečlivé sledování transplantačním týmem a gynekologem specializovaným na riziková těhotenství. Nutné je sledování jaterní funkce a hladiny imunosupresivní terapie.

PRAKTICKÁ ČÁST

3 Empirický výzkum

Pacienty, kteří podstupují transplantaci jater, stále častěji zajímá, nejen to zda bude touto metodou dosaženo jejich vyléčení, ale také o to zda selepší jejich život. Abychom jim mohli podat komplexní informace, je nutné si dosaženou kvalitu života po transplantaci jater ověřit. Pro zjištění zda transplantace jater život pacientů zkvalitňuje, byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu, který byl proveden s pacienty, kteří již transplantaci podstoupili.

3.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce je zhodnotit kvalitu života pacientů po transplantaci jater na pracovišti K kliniky hepatogastroenterologie IKEM.

Dílčí cíle:

1. Zmapovat kvalitu života v oblastech bio-psycho-sociálního vnímání života
2. Zhodnotit kvalitu života respondentů v období před provedenou transplantací, po 1 roce a po 5 letech.

3.2 Metodika práce

Metodika práce je zaměřena na zdroje odborných poznatků, charakteristiku souboru respondentů, užití metody šetření, samotnou realizaci a zpracování získaných dat.

3.2.1 Zdroje informací

Odborné poznatky nutné k sepsání empirické části práce jsem získala po prostudování odborné literatury a internetových zdrojů a také na základě svých praktických dovedností.

3.2.2 Charakteristika respondentů

Při výběru respondentů pro svůj výzkum jsem postupovala účelově. Jednalo se pacienty, kteří splňovali následující, mnou stanovená kritéria:

- Pacienti, kteří byli transplantováni a jsou i nadále ambulantně sledováni v IKEM.
- Pacienti, kteří podstoupili transplantaci jater v letech 2002, 2003 a 2004 z důvodu obdobné chirurgické technice provedení, pooperační péči a zkušenostech s transplantační léčbou.
- Pacienti, kteří vyplnili dotazníky kvality života SF-36 v období před transplantací, 1 rok a 5 let po jejím provedení.
- Pacienti, kteří podstoupili první transplantaci jater.

3.2.3 Charakteristika oddělení

Všichni pacienti, kteří se účastní výzkumu kvality života pacientů po transplantaci jater, jsou hospitalizováni na Klinice hepatogastroenterologie v IKEM. Toto oddělení disponuje 28 lůžky, z toho 4 jsou lůžka intermediární péče. Na této klinice pracuje 16 sester, 3 ošetrovatelky a to ve dvousměnném provozu. Na tomto oddělení nejsou hospitalizováni pouze pacienti s jaterním onemocněním, či pacienti po transplantaci jater, hospitalizují se zde i pacienti s onemocněním slinivky břišní (pankreatitidy), zánětlivá onemocnění střev (Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa), pacienti s onemocněními horní i dolní části zažívacího traktu.

3.2.4 Užitá metoda šetření

V bakalářské práci byl použit kvantitativní výzkum, provedený metodou dotazníkového šetření standardizovaným dotazníkem SF36. Dotazník *Rand 36- Item Health Survey* (viz příloha č. 11) je široce používaný nástroj ke zjištění kvality života v souvislosti se zdravím. Jedná se o způsob zjišťování kvality života, který je citlivý ke všem zdravotním problémům fyzického charakteru a k celkovému duševnímu zdraví. Byl navržen k použití v klinické praxi, výzkumu a monitorování kvality života specifických a obecných populací. Je konstruován pro samovyplňování osobami staršími 14 let. Autorem tohoto dotazníku je J. E. Ware, v ČR se jeho překladem zabýval např. Z. Sobotík či P. Petr.

Otázky dotazníku jsou rozdělené do 8 kategorií:

- Fyzická činnost
- Fyzická omezení
- Tělesná bolest
- Všeobecné zdraví
- Vitalita
- Sociální fungování
- Emoční problémy
- Duševní zdraví

Dotazník navíc obsahuje jednu položku, která nepatří do žádné dimenze. Tato položka (otázka číslo 2) hodnotí současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem.

Každá z odpovědí na dané otázky je bodově ohodnocena, všechny dimenze jsou vyčísleny aritmetickým průměrem vymezených otázek pro danou dimenzi. Optimální bodové hodnocení každé z domén je 100 bodů. Takováto populace však neexistuje, proto bylo nutné stanovit pro jednotlivé domény optimální rozmezí ve zdravé populaci (viz příloha č. 14). Dosažení skóre pod 50 bodů je možno hodnotit jako stav podprůměrný, který respondenta významně limituje. Obecně ženy dosahují nižšího skóre nežli muži. (KALOVÁ, H. et al., 2009, online)

Dotazníkové šetření pro respondenty bylo zaměřeno na získání dat v těchto oblastech:

- Ke zjištění demografických údajů byly využity položky z informativní části s čísly: 1, 2, 3, 4, 5, 6.
- Ke zjištění dílčího cíle č. 1, který byl zaměřen na zmapování kvality života v oblastech bio-psycho-sociálního vnímání života, byly využity položky dotazník SF 36 s čísly: 1- 36.
- Ke zjištění dílčího cíle č. 2, který byl zaměřen na zhodnocení kvality života respondentů v období po provedené transplantaci, po 1 roce a po 5 letech byly využity všechny položky dotazníku SF36 vyplněné před transplantací jater, 1 rok a 5 let po jejím provedení.

3.3 Realizace šetření

Výzkum kvality života u pacientů po transplantaci jater je prováděn se souhlasem vedení nemocnice na Klinice hepatogastroenterologie od roku 2001. Období, kdy jsou pacientům rozdávány dotazníky se žádostí o jejich vyplnění, byla postupem času modifikována. Od roku 2002 pacienti, kteří souhlasí s jejich vyplněním, je vyplňují před provedením OLTX a dále 1, 2, 3, 5, 7, 10, 15 let po jejím provedení. Pacienti vyplňují dotazník s vědomím, že údaje budou použity ke zhodnocení výsledků transplantační léčby na základě jejich hodnocení kvality života. Po vyplnění dotazníků jsou výsledky zaneseny do databáze, ze které jsem dle stanovených kritérií vybrala dotazníky pro své zhodnocení.

O souhlas s provedením svého šetření jsem požádala vedení Transplantcentra IKEM (viz příloha č. 15).

Ze 137 pacientů (100,0 %), kteří byli v daném období roku 2002, 2003, 2004 transplantováni, bylo 7 pacientů (5,0 %) retransplantováno, 26 pacientů (19,0 %) zemřelo a 54 pacientů (40,00 %) nesplnilo určená kritéria. Pouze 50 pacientů (37 %) splnilo veškerá stanovená kritéria.

3.4 Zpracování dat

Dotazník obsahuje celkem 36 uzavřených otázek, respondenti odpovídali zaškrtnutím jedné z nabídnutých odpovědí. Každá odpověď má stanovené vlastní bodové ohodnocení.

Každý dotazník obsahuje 6 položek s demografickými údaji:

1. Jméno
2. Rok narození
3. Primární diagnózu před transplantací jater
4. Sociální statut
5. Místo kde respondenti žijí
6. Vzdělání

Veškeré odpovědi z dotazníků jsem převedla do tabulek. Podle stanovených postupů jsem si v programu Microsoft Excel 2007 připravila rovnice pro výpočet hodnoty jednotlivé dimenze. Respondenty jsem si rozdělila dle pohlaví na muže a ženy a spočítala průměrné dosažené hodnoty v jednotlivých oblastech. Dále jsem se zaměřila na porovnání počtu odpovědí jednotlivých respondentů ve vyšším a nižším bodovém zhodnocení dosažených v jednotlivých dimenzích. Dle primárního rozdělení respondentů na skupinu muži a skupinu ženy jsem také porovnávala odpovědi na jednotlivé doplňkové otázky.

Výpočet hodnoty jednotlivé dimenze:

Fyzická činnost: aritmetický průměr bodového hodnocení otázek 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

Fyzická omezení: aritmetický průměr bodového hodnocení otázek 13, 14, 15, 16

Tělesná bolest: aritmetický průměr bodového hodnocení otázek 21, 22

Všeobecné zdraví: aritmetický průměr bodového hodnocení otázek 1, 33, 34, 35, 36

Vitalita: aritmetický průměr bodového hodnocení otázek 23, 27, 29, 31

Sociální fungování: aritmetický průměr bodového hodnocení otázek 20, 32

Emoční problémy: aritmetický průměr bodového hodnocení otázek 17, 18, 19

Duševní zdraví: aritmetický průměr bodového hodnocení otázek 24, 25, 26, 28, 30

Interpretace dimenzí zdravotního stavu měřených dotazníkem SF 36 a interpretace vysokého a nízkého skóre (viz příloha č. 13).

3.5 Interpretace výsledků

Výzkumného šetření se zúčastnilo 50 respondentů – pacientů po provedené transplantaci jater. Všechna data, která byla zjištěná dotazníkovou metodou, byla analyzována a zde je uvedena jejich interpretace. Veškeré procentuální údaje byly zaokrouhleny na jedno desetinné místo.

3.5.1 Identifikační údaje o respondentech

Na tuto problematiku byly zaměřeny položky (demografické údaje) 1, 2, 3, 4, 5, 6

Položka č. 1 Pohlaví respondentů

Z celkového počtu 50 dotázaných respondentů po transplantaci jater (100,0 %) bylo 22 žen (44,0 %) a 28 mužů (56,0 %). Nerovnoměrný počet respondentů v obou skupinách byl statisticky zpracován metodou konfidenčního intervalu, která neshledává statisticky významný rozdíl.

Tabulka č. 1- Pohlaví

Pohlaví	absolutní četnost	relativní četnost
Ženy	22	44,0 %
Muži	28	56,0 %
Celkem	50	100,0 %

Položka č. 2- Věk respondentů

Ženy:

Věkové rozmezí respondentů ve skupině ženy bylo z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve věku 11-20 let 2 respondenti (9,1 %), ve skupině 21-30 let 1 respondent (4,5 %), ve skupině 31-40 let 2 respondenti (9,1 %), ve skupině 41-50 let 4 respondenti (18,2 %), ve skupině 51-60 let 11 respondentů (50,0 %) a ve skupině 61 let a více 2 respondenti (9,1 %).

Muži:

Věkové rozmezí ve skupině muži bylo z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve věku 11-0 let nebyl žádný respondent, ve věkové skupině 21-30 let 3 respondenti (10,6 %), ve věkové skupině 31-40 let 3 respondenti (10,6 %), ve věkové skupině 41-50 let 5 respondentů (17,9 %), ve věkové skupině 51-60 let 13 respondentů (46,5 %) a ve věkové skupině 61 let a více 4 respondenti (14,4 %).

Průměrný věk respondentů v době provedení transplantace jater byl 44,5 roku, přičemž nejmladší respondent dosahoval 14 let věku, nejstarší 64 let věku. Průměrný věk respondentů ve skupině ženy byl 46,5 let, nejmladší dosáhla věku 14 let, nejstarší 62 let. Průměrný věk ve skupině respondentů muži byl 48 let, kdy nejmladšímu bylo 28 let, nejstarší dosáhl 64 let věku.

Tabulka č. 2- Věkové rozmezí respondentů

	Ženy		Muži	
Věková skupina	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Méně než 10 let	0	0,0 %	0	0,0 %
11-20 let	2	9,1 %	0	0,0 %
21-30 let	1	4,5 %	3	10,6 %
31-40 let	2	9,1 %	3	10,6 %
41-50 let	4	18,2 %	5	17,9 %
51-60 let	11	50,0 %	13	46,5 %
61 a více let	2	9,1 %	4	14,4 %
Celkem	22	100,0 %	28	100,0 %

Položka č. 3- Primární diagnóza respondentů

Ženy:

Z celkového počtu respondentů 22 (100,0 %) ve skupině ženy mělo primární diagnózu před provedením transplantace jater Hepatitidu C (HCV) 5 respondentů (22,6 %), Hepatitidu B (HBV) 1 respondent (4,5 %), Primární biliární cirhózu (PBC) 4 respondenti (18,2 %), Primární sklerotizující cholangitidu (PSC) 6 respondentů (27,5 %), Etylickou jaterní cirhózu (ETOH) 4 respondenti (18,2%), Polycystózu jater 1 respondent (4,5 %), Deficit α 1 antitrypsinu 1 respondent (4,5 %). Žádný respondent (0,0 %) ve skupině žen neměl před provedením transplantace jater primární diagnózu Nádory jater, Autoimunitní jaterní cirhózu, Sekundární biliární cirhózu (SBC), Fulminantní jaterní selhání

Muži:

Z celkového počtu respondentů 28 (100,0 %) ve skupině muži mělo primární diagnózu před provedením transplantace HCV 7 respondentů (25,0 %), PSC 8 respondentů (28,5 %), PBC 2 respondenti (7,2 %), ETOH 11 respondentů (39,3 %). Žádný respondent (0,0 %) ve skupině mužů neměl před provedením transplantace jater primární diagnózu Nádory jater, Autoimunitní jaterní cirhózu, Sekundární biliární cirhózu (SBC), Fulminantní jaterní selhání.

Tabulka č. 3- Základní diagnóza

	Ženy		Muži	
Základní diagnóza	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
HCV	5	22,6 %	7	25,0 %
HBV	1	4,5 %	0	0,0 %
ETOH	4	18,2 %	11	39,3 %
Nádory jater	0	0,0 %	0	0,0 %
Autoimunitní hepatitida	0	0,0 %	0	0,0 %
Fulminantní jaterní selhání	0	0,0 %	0	0,0 %
SBC	0	0,0 %	0	0,0 %
PSC	6	27,4 %	8	28,5 %
PBC	4	18,0 %	2	7,2 %
Deficit α 1 tripsinu	1	4,5 %	0	0,0 %
Polycystóza jater	1	4,5 %	0	0,0 %
Celkem	22	100,0 %	28	100,0 %

Položka č. 4- Místo, kde respondenti žijí

Ženy:

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ze skupiny ženy uvedlo 12 respondentů (54,5 %), že žijí ve městě, 10 respondentů (45,5 %) uvedlo, že žijí v malé obci.

Muži:

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ze skupiny muži uvedlo 15 respondentů (53,6 %), že žijí ve městě, 13 respondentů (46,4 %) uvedlo, že žijí v malé obci.

Tabulka č. 4- Bydliště

	ženy		muži	
Místo	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Město	12	54,5 %	15	53,6 %
Obec	10	45,5 %	13	46,4 %
Celkem	22	100,0 %	28	100,0 %

Položka č. 5 Sociální statut respondentů

Ženy:

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy uvedlo 12 respondentů, že je vdaná (54,5%), 3 respondenti jsou svobodní a žijí s rodiči (13,7%), 4 respondenti jsou rozvedení (18,0 %), 3 respondenti vdovy (13,7 %).

Muži:

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži uvedlo 16 respondentů (57,2 %), že je ženatých, 9 respondentů rozvedených (32,2 %), 1 respondent je svobodný a žije s rodiči (3,6 %), 2 respondenti vdovci (7,0 %).

Tabulka č. 5 Stav respondentů

	Ženy		Muži	
Stav	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
vdaná/ženatý	12	54,5 %	16	57,2 %
rozvedený	4	18,0 %	9	32,2 %
svobodný	3	13,7 %	1	3,6 %
vdovec/vdova	3	13,7 %	2	7,0 %
Celkem	22	100,0 %	28	100,0 %

Položka č. 6 Vzdělání respondentů

Ženy:

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ze skupiny ženy uvedl 1 respondent vysokoškolské vzdělání (4,5 %), 7 respondentů uvedlo středoškolské vzdělání (31,9 %), 3 respondenti uvedli vyučen s maturitou (13,7 %), 9 respondentů uvedlo vyučen (40,8 %), 2 respondenti uvedli základní vzdělání (9,1 %).

Muži:

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ze skupiny mužů uvedlo 7 respondentů vysokoškolské vzdělání (25,0 %), 14 respondentů uvedlo středoškolské vzdělání (50,0 %), 2 respondenti vyučení s maturitou (7,2 %), 5 respondentů vyučeno (17,8 %).

Tabulka č. 6- Dosažené vzdělání

	Ženy		Muži	
Vzdělání	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
Vysokoškolské	1	4,5 %	7	25,0 %
Středoškolské	7	31,9 %	14	50,0 %
Vyučen s maturitou	3	13,7 %	2	7,0 %
Vyučen	9	40,8 %	5	18,0 %
Základní	2	9,1 %	0	0,0 %
Celkem	22	100,0 %	28	100,0 %

3.5.2 Dotazník SF 36- interpretace výsledků

Tato kapitola vyhodnocuje informace získané pomocí dotazníkové metody SF36. O metodě hodnocení pojednává formulář The RAND 36 – Item Health Survey (viz příloha č. 12).

Hodnocení jednotlivých dimenzí života respondentů po transplantaci jater, tak jak je hodnotili před, 1 rok a 5 let po provedeném výkonu.

Dimenze č. 1 – Fyzická činnost

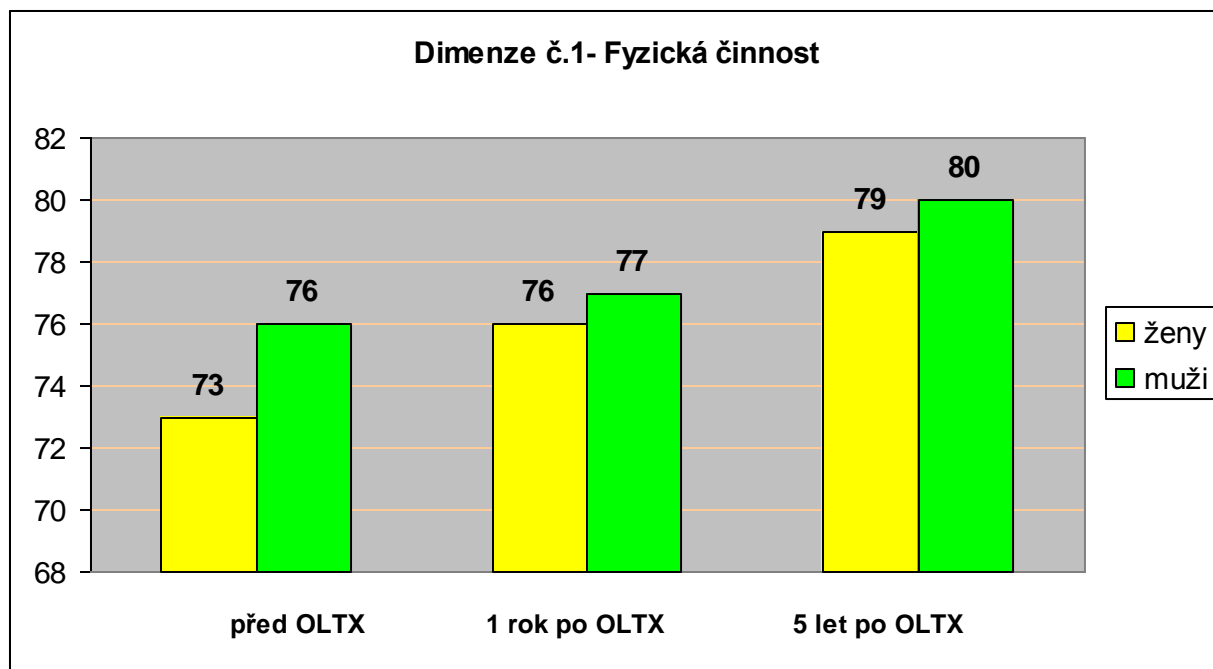
Tato dimenze je definována aritmetickým průměrem bodového hodnocení otázek číslo 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

Tabulka č.7a-Fyzická činnost- skupina ženy

	Ženy					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	17	78,4 %	22	100,0 %	22	100,0 %
49-0 bodů	5	22,6 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Celkem	22	100,0 %	22	100,0 %	22	100,0 %
Průměrná hodnota	67		76		79	

Tabulka č. 7b- Fyzická činnost- skupina muži

	muži					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	25	89,4 %	27	96,4 %	28	100,0 %
49-0 bodů	3	10,6 %	1	3,6 %	0	0,0 %
Celkem	28	100,0 %	28	100,0 %	28	100,0 %
Průměrná hodnota	76		77		80	



Graf č. 1- Průměrné dosažené hodnoty- Fyzická činnost

Komentář:

Ženy

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická činnost 17 respondentů (78,4 %). Pouze skupina 5 respondentů -

žen (22,6 %) dosáhla 0-49 bodů v dimenzi fyzická činnost. Nejnižší dosaženou hodnotu 35 bodů dosáhli 3 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 73.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická činnost 22 respondentů (100,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhli 3 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 76.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická činnost 22 respondentů (100,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhli 2 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 79.

Muži

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická činnost 25 respondentů (89,4 %). Pouze skupina 3 respondentů-mužů (10,6 %) dosáhla 0-49 bodů v dimenzi fyzická činnost. Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhl pouze 1 respondent. Nejnižší dosaženou hodnotu 35 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 76.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická činnost 27 respondentů (96,4 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhli 3 respondenti. Pouze 1 respondent (3,6 %) dosáhl 0-49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 35 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 77.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická činnost 28 respondentů (100,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhli 4 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 80.

Dimenze č. 2- Fyzická omezení

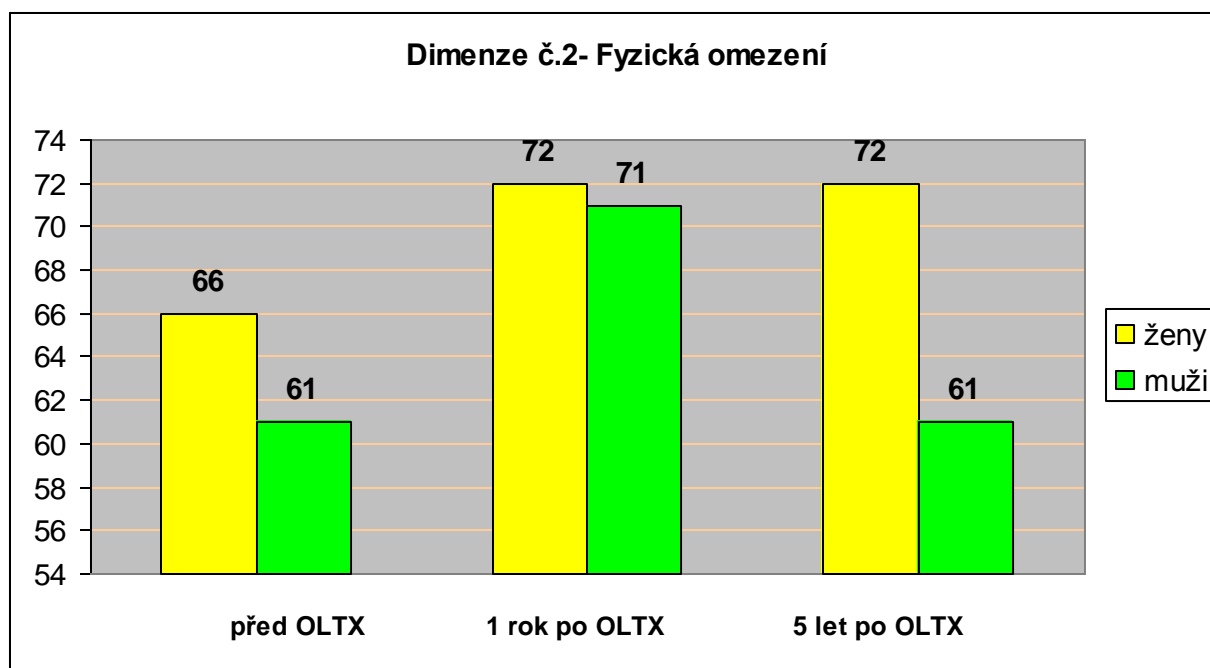
Tato dimenze je definována aritmetickým průměrem bodového hodnocení otázek číslo 13, 14, 15, 16.

Tabulka č. 8a- Fyzická omezení- skupina ženy

	Ženy					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	18	82,0 %	19	86,3 %	18	82,0 %
49-0 bodů	4	18,0 %	3	13,7 %	4	18,0 %
Celkem	22	100,0 %	22	100,0 %	22	100,0 %
Průměrná hodnota	66		72		72	

Tabulka č.8b- Fyzická omezení- skupina muži

	Muži					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	21	74,8 %	24	85,6 %	22	79,7 %
49-0 bodů	7	25,2 %	4	14,4 %	6	20,3 %
Celkem	28	100,0%	28	100,0 %	28	100,0 %
Průměrná hodnota	61		71		61	



Graf č. 2 Průměrné dosažené hodnoty - fyzická omezení

**Komentář:
Ženy**

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi fyzická omezení 18 respondentů (82,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 10 respondentů. Pouze skupina 4 respondentů- žen (18,0 %) dosáhla 0-49 bodů v dimenzi fyzická omezení. Nejnižší dosaženou hodnotu 0 bodů dosáhli 2 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 66.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi fyzická omezení 19 respondentů (86,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 8 respondentů. Pouze skupina 3 respondentů- žen (13,7 %) dosáhla 0- 9 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 0 bodů dosáhli 2 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 72.

Z celkového počtu 22 respondentů (100%) ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická omezení 18 respondentů (82,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 10 respondentů. Pouze skupina 4 respondentů- žen (18,0 %) dosáhla 0 - 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhli 4 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 72.

Muži

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi fyzická omezení 21 respondentů (74,8 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 9 respondentů. Pouze skupina 7 respondentů- mužů (25,2 %) dosáhla v dimenzi fyzická omezení 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhlo 6 respondentů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 61.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi fyzická omezení 24 respondentů (86,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 10 respondentů. Pouze skupina 4 respondentů- mužů (14,4 %) dosáhlo 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhli 4 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 71.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi fyzická omezení 22 respondentů (78,4%). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 9 respondentů. Pouze skupina 6 respondentů- mužů (20,3 %) dosáhlo 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů, dosáhlo 6 respondentů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 61.

Dimenze č. 3- Tělesná bolest

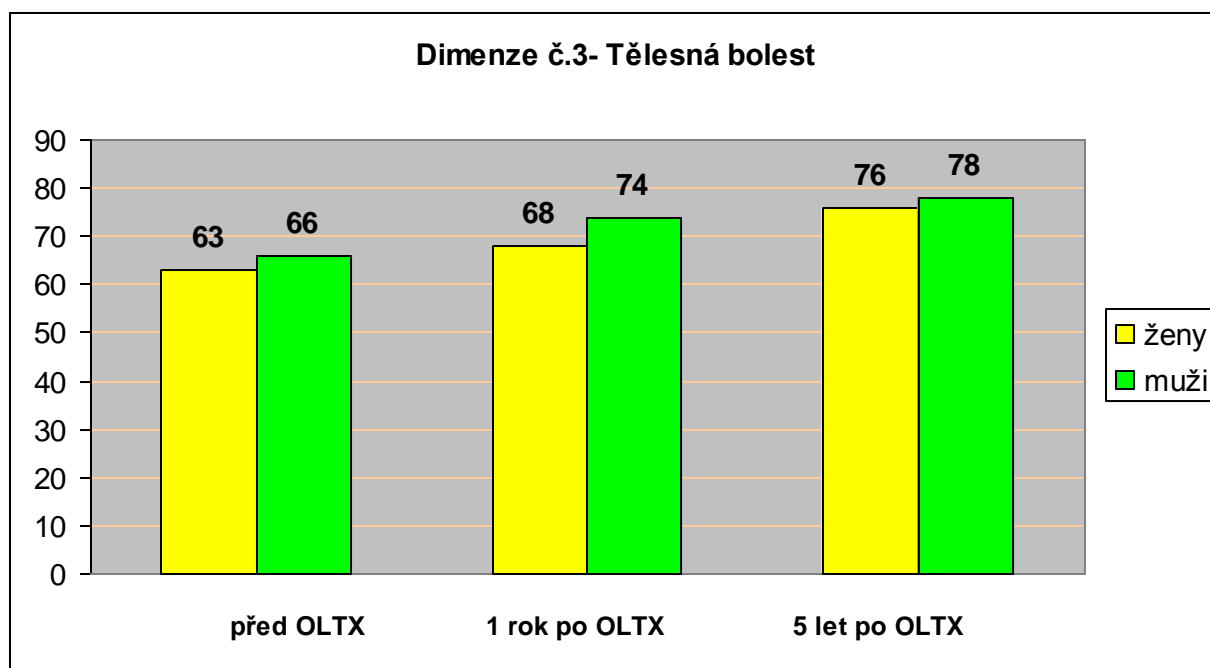
Tato dimenze je definována aritmetickým průměrem bodového hodnocení otázek číslo 21, 22.

Tabulka č. 9a- Tělesná bolest- skupina ženy

	Ženy					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	18	82,0 %	18	82,0 %	21	95,5 %
49-0 bodů	4	18,0 %	4	18,0 %	1	4,5 %
Celkem	22	100,0 %	22	100,0 %	22	100,0 %
Průměrná hodnota	63		68		76	

Tabulka č.9b- Tělesná bolest- skupina muži

	Muži					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	24	85,6 %	24	85,6 %	27	96,4 %
49-0 bodů	4	14,4 %	4	14,4 %	1	3,6 %
Celkem	28	100,0 %	28	100,0 %	28	100,0 %
Průměrná hodnota	66		74		78	



Graf č. 3 Průměrné dosažené hodnoty- Tělesná bolest

Komentář:

Ženy

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi tělesná bolest 18 respondentů (82,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 87,5 bodu dosáhli 4 respondenti. Pouze skupina 4 respondentů- žen (18,0 %) dosáhla 49-0 bodů v dimenzi tělesná bolest. Nejnižší dosaženou hodnotu, 20 bodů dosáhli 2 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot by stanoven 63.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi tělesná bolest 18 respondentů (82,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhli 4 respondenti. Pouze skupina 4 respondentů- žen (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 20 bodů dosáhli 3 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 68.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi tělesná bolest 21 respondentů (95,5%). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 5 respondentů. Pouze 1 respondent- žena (4,5 %) dosáhl 0- 49 bodů, nejnižší dosažená hodnota byla 20 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 76.

Muži

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi tělesná bolest 24 respondentů (85,6 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu

85 bodů dosáhlo 6 respondentů. Pouze skupina 4 respondentů- mužů (14,4 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnížší dosaženou hodnotu 30 bodů dosáhli 3 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 66.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi tělesná bolest 24 respondentů (85,6 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 6 respondentů. Pouze skupina 4 respondentů- mužů (14,4 %) dosáhli 0- 49 bodů. Nejnížší dosaženou hodnotu 20 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 74.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi tělesná bolest 27 respondentů (96,4 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 7 respondentů. Pouze 1 respondent- muž (3,6 %) dosáhl 0- 49 bodů. Nejnížší naměřená hodnota dosáhla 32,5 bodu. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 78.

Dimenze č. 4- Všeobecné zdraví

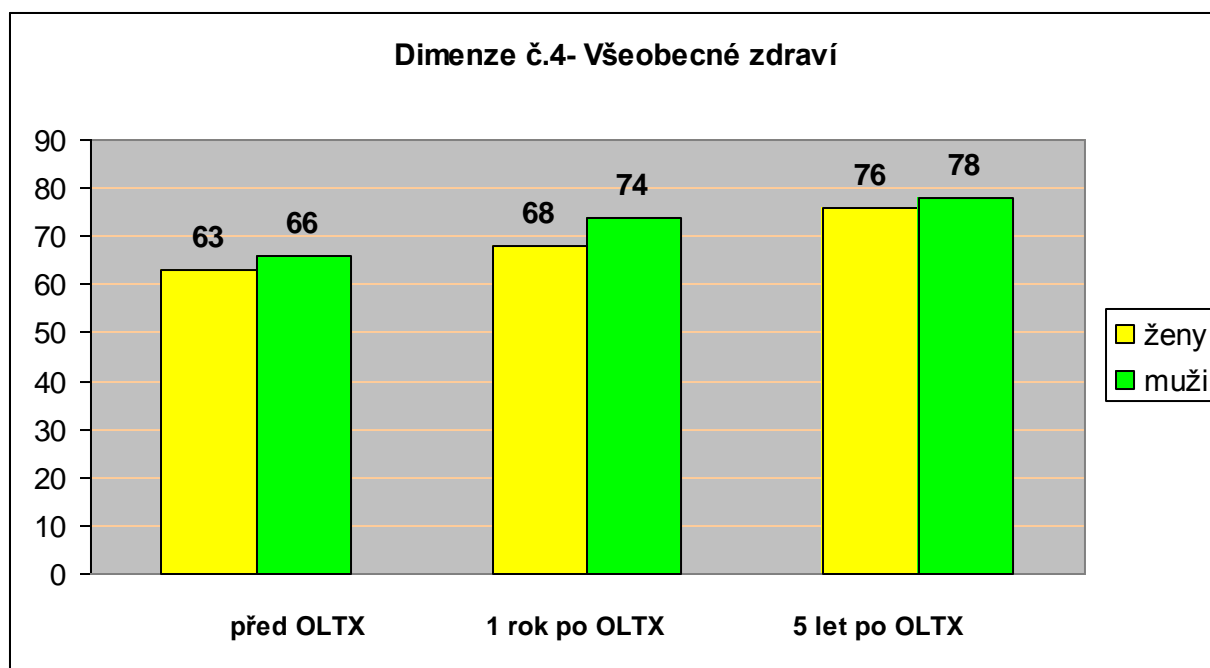
Tato dimenze je definována aritmetickým průměrem bodového hodnocení otázek číslo 1, 33, 34, 35, 36.

Tabulka č. 10a- Všeobecné zdraví- skupina ženy

	Ženy					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	18	82,0 %	19	86,5 %	18	82,0 %
49-0 bodů	4	18,0 %	3	13,5 %	4	18,0 %
Celkem	22	100,0 %	22	100,0 %	22	100,0 %
Průměrná hodnota	63		68		76	

Tabulka č.10b- Všeobecné zdraví- skupina muži

	Muži					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	22	78,4 %	24	85,6 %	23	82,0 %
49-0 bodů	6	21,6 %	4	14,4 %	5	18,0 %
Celkem	28	100,0 %	28	100,0 %	28	100,0 %
Průměrná hodnota	66		74		78	



Graf č. 4- Průměrné dosažené hodnoty- Všeobecné zdraví

Komentář:

Ženy

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi všeobecné zdraví 18 respondentů (82,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 70 bodů dosáhli 4 respondenti. Pouze skupina 4 respondentů – žen (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu, 45 bodů dosáhli 2 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 63.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi všeobecné zdraví 19 respondentů (86,5 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 90 bodů dosáhli 4 respondenti. Pouze skupina 3 respondentů- žen (13,5 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 40 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 68.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi všeobecné zdraví 18 respondentů (82,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 90 bodů dosáhli 3 respondenti. Pouze skupina 4 respondentů- žen (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 30 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 76.

Muži

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi všeobecné zdraví 22 respondentů (78,4 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 75 bodů dosáhli 3 respondenti. Pouze skupina 6 respondentů- mužů (21,6 %) dosáhlo 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 40 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 66.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi všeobecné zdraví 24 respondentů (85,6 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 95 bodů dosáhli 2 respondenti. Pouze skupina 4 respondentů- mužů (14,4 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 30 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 74.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi všeobecné zdraví 23 respondentů (82,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 90 bodů dosáhli 3 respondenti. Pouze skupina 5 respondentů- mužů (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 20 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 68.

Dimenze č. 5- Vitalita

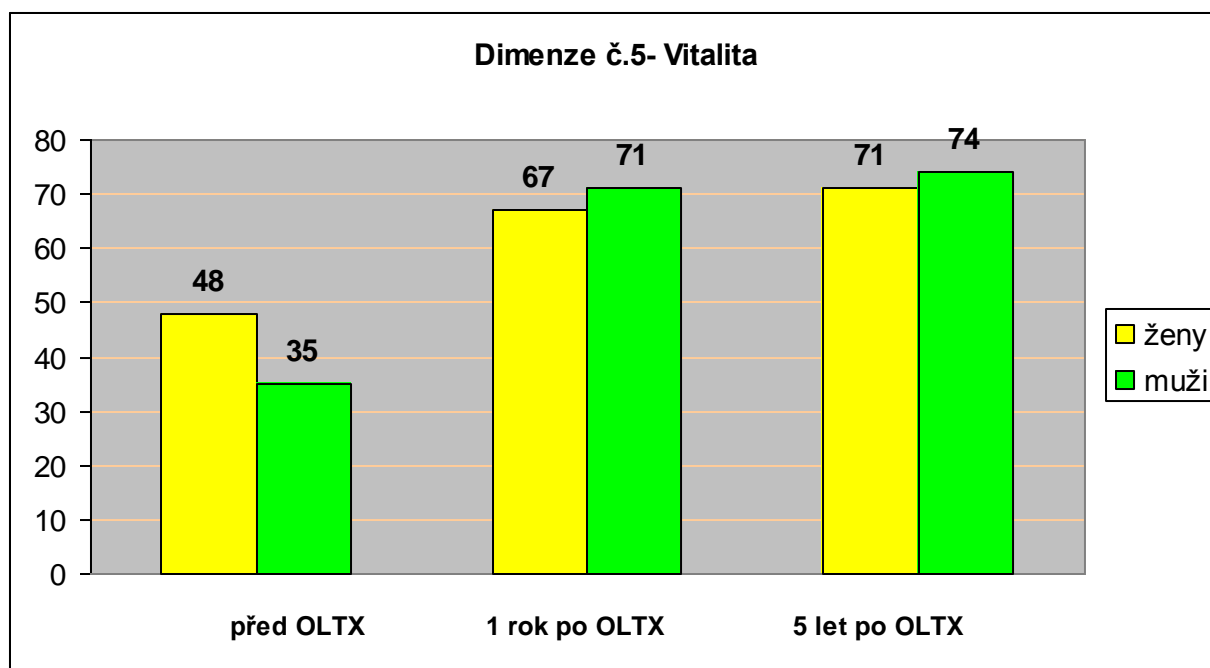
Tato dimenze je definována aritmetickým průměrem bodového hodnocení otázek číslo 23, 27, 29, 31.

Tabulka č 11a- Vitalita- skupina ženy

	Ženy					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	13	59,5 %	17	77,5 %	22	100,0 %
49-0 bodů	9	40,5 %	5	22,5 %	0	0,0 %
Celkem	22	100,0 %	22	100,0 %	22	100,0 %
Průměrná hodnota	46		55		61	

Tabulka č. 11b- Vitalita- skupina muži

	Muži					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	7	25,2 %	22	78,4 %	26	93,0 %
49-0 bodů	21	74,8 %	6	21,6 %	2	7,0 %
Celkem	28	100,0 %	28	100,0 %	28	100,0 %
Průměrná hodnota	39		53		63	



Graf č. 5- Průměrné dosažené hodnoty- vitalita

Komentář:

Ženy

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi vitalita 13 respondentů (82,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 70 bodů dosáhl 1 respondent. Pouze skupina 9 respondentů- žen (40,5 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnížší dosaženou hodnotu, 25 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 48.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi vitalita 17 respondentů (77,5 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 85 bodů dosáhli 4 respondenti. Pouze skupina 5 respondentů- žen (22,5 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnížší dosaženou hodnotu 30 bodů dosáhli 3 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 67.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi vitalita 22 respondentů (100,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 90 bodů dosáhli 3 respondenti. Nejnížší naměřená hodnota v tomto období v dimenzi vitalita dosahovala 50 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 71.

Muži

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo vysokého skóre v dimenzi vitalita 7 respondentů (25,2 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 70 bodů dosáhl 1 respondent. Skupina 21 respondentů- mužů (74,8 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnížší

dosaženou hodnotu 15 bodů dosáhli 3 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 35.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi vitalita 22 respondentů (78,4 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 95 bodů dosáhl 1 respondent. Pouze skupina 6 respondentů- mužů (21,6 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 15 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 71.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi vitalita 26 respondentů (93,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 95 bodů dosáhl 1 respondent. Pouze skupina 2 respondentů- mužů (7,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 40 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 74.

Dimenze č. 6- Společenské aktivity

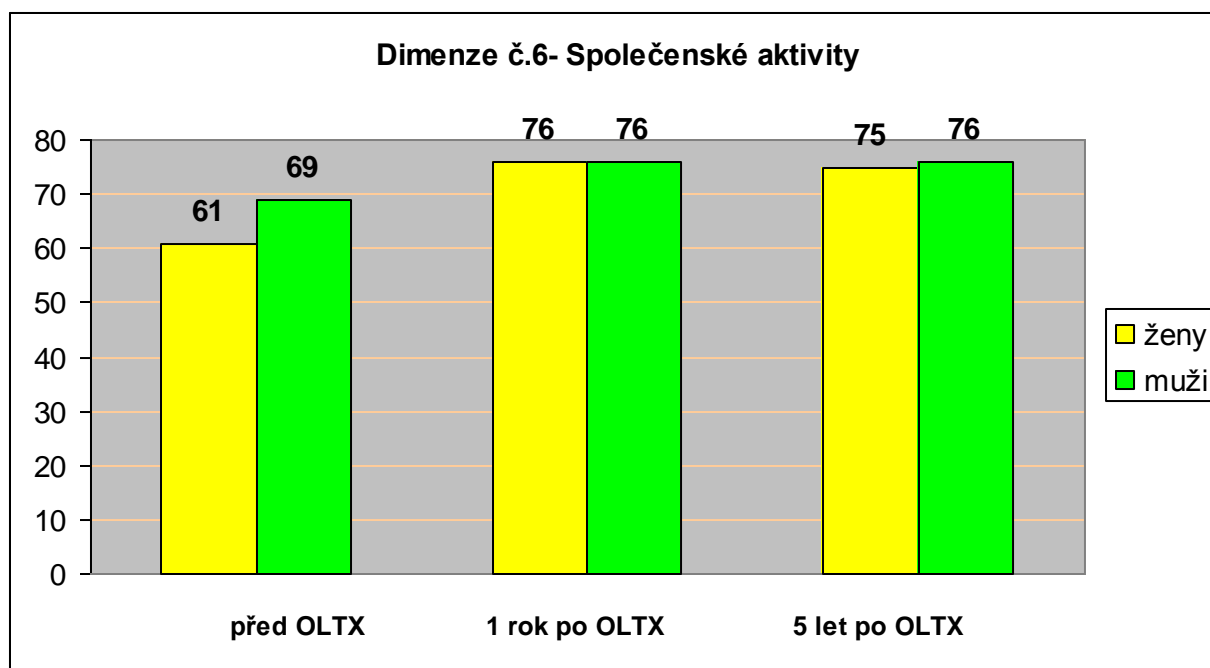
Tato dimenze je definována aritmetickým průměrem bodového hodnocení otázek číslo 20, 32.

Tabulka č.12a – Společenské aktivity- skupina ženy

	Ženy					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	19	86,5 %	22	100,0 %	22	95,5 %
49-0 bodů	3	13,5 %	0	0,0 %	1	4,5 %
Celkem	22	100,0 %	22	100,0 %	22	100,0 %
Průměrná hodnota	61		76		75	

Tabulka č.12b- Společenské aktivity- skupina muži

	Muži					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	26	93,0 %	27	96,4 %	27	96,4 %
49-0 bodů	2	7,0 %	1	3,6 %	1	3,6 %
Celkem	28	100,0 %	28	100,0 %	28	100,0 %
Průměrná hodnota	69		75		76	



Graf č. 6- Průměrné dosažené hodnoty - Společenské aktivity

Komentář:

Ženy

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi společenské aktivity 19 respondentů (86,5 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhl 1 respondent. Pouze skupina 3 respondentů- žen (13,5 %) dosáhla 0-49 bodů. Nejnížší dosaženou hodnotu, 37,5 bodů dosáhli 3 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 61.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi společenské aktivity 22 respondentů (100,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhli 4 respondenti. Nejnížší naměřená hodnota v tomto období dosáhla 62,5 bodu a byla zjištěna u 3 respondentů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 76.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi společenské aktivity 21 respondentů (95,5 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 5 respondentů. Pouze 1 respondent- žena (4,5 %) dosáhl 0-49 bodů. Nejnížší dosaženou hodnotu 12,5 bodu dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 75.

Muži

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi společenské aktivity 26 respondentů (93,0 %). Nejvyšší dosaženou

hodnotu 87,5 bodů dosáhlo 5 respondentů. Pouze skupina 2 respondentů- mužů (7,0 %) dosáhla 0-49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 37,5 bodu dosáhli 2 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 69.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi společenské aktivity 27 respondentů (96,4 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhl 1 respondent. Pouze 1 respondent- muž (3,6 %) dosáhl 0-49 bodů. Nejnižší naměřená hodnota dosáhla 12,5 bodu. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 76.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi společenské aktivity 27 respondentů (96,4 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 1000 bodů dosáhlo 6 respondentů. Pouze 1 respondent- muž (3,6 %) dosáhl 0- 49 bodů. Nejnižší naměřená hodnota dosáhla 12,5 bodu. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 75.

Dimenze č. 7- Emoční problémy

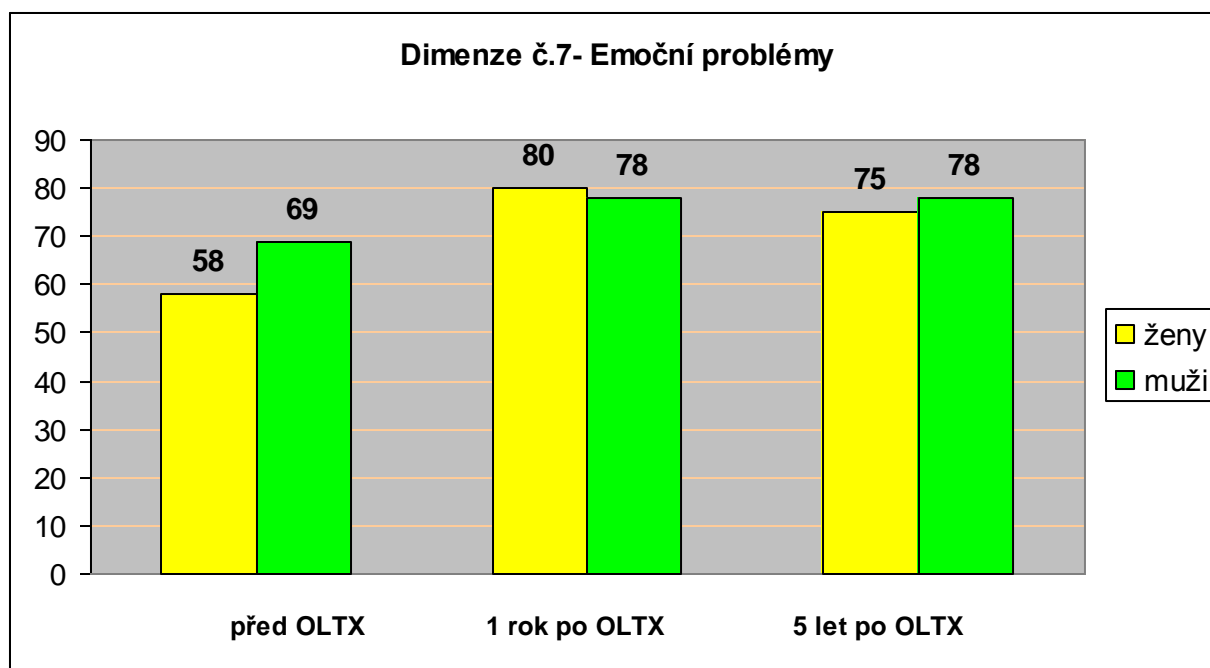
Tato dimenze je definována aritmetickým průměrem bodového hodnocení otázek číslo 17, 18, 19.

Tabulka č. 13a- Emoční problémy- skupina ženy

	Ženy					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	15	68,5 %	17	77,5 %	18	82,0 %
49-0 bodů	7	31,5 %	5	22,5 %	4	18,0 %
Celkem	22	100,0 %	22	100,0 %	22	100,0 %
Průměrná hodnota	58		80		75	

Tabulka č.13b- Emoční problémy- skupina muži

	Muži					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	21	74,8 %	23	82,0 %	24	85,6 %
49-0 bodů	7	25,2 %	5	18,0 %	4	14,4 %
Celkem	28	100,0 %	28	100,0 %	28	100,0 %
Průměrná hodnota	69		78		78	



Graf č. 7- Průměrné dosažené hodnoty- Emoční problémy

Komentář:

Ženy

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi emoční problémy 15 respondentů (68,5 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhli 2 respondenti. Pouze skupina 7 respondentů- žen (31,5 %) dosáhla 0-49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 58.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi emoční problémy 17 respondentů (77,5 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhli 4 respondenti. Pouze skupina 5 respondentů- žen (22,5 %) dosáhla 0-49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhli 3 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 80.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi emoční problémy 18 respondentů (82,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 10 respondentů. Pouze skupina 4 respondentů- žen (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů.

Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhli 3 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 75.

Muži

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi emoční problémy 21 respondentů (74,8 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 5 respondentů. Pouze skupina 7 respondentů- mužů (25,2 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhli 2 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 69.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi emoční problémy 23 respondentů (82,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 7 respondentů. Pouze skupina 5 respondentů- mužů (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhli 2 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 78.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi emoční problémy 24 respondentů (85,6 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 10 respondentů. Pouze skupina 4 respondentů- mužů (14,4 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhli 4 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 78.

Dimenze č. 8- Duševní zdraví

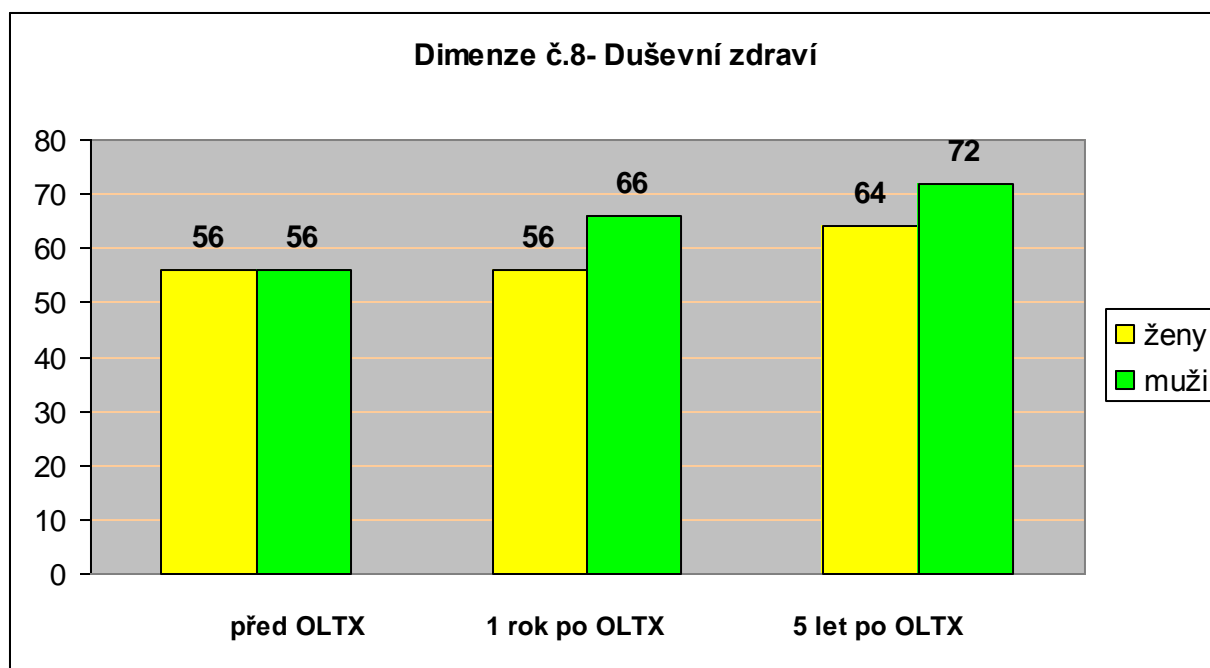
Tato dimenze je definována aritmetickým průměrem bodového hodnocení otázek číslo 24, 25, 26, 28, 30.

Tabulka č.14a- Duševní zdraví- skupina ženy

	Ženy					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	19	86,5 %	20	91,0 %	20	91,0 %
49-0 bodů	3	13,5 %	2	9,0 %	2	9,0 %
Celkem	22	100,0 %	22	100,0 %	22	100,0 %
Průměrná hodnota	56		56		64	

Tabulka č. 14b- Duševní zdraví- skupina muži

	Muži					
	před OLTX	před OLTX	1 rok po OLTX	1 rok po OLTX	5 let po OLTX	5 let po OLTX
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	25	89,2 %	26	93,0 %	26	93,0 %
49-0 bodů	3	10,8 %	2	7,0 %	2	7,0 %
Celkem	28	100,0 %	28	100,0 %	28	100,0 %
Průměrná hodnota	56		66		72	



Graf č. 8 Průměrné dosažené hodnoty Duševní zdraví

Komentář:

Ženy

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi duševní zdraví 19 respondentů (86,5 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhli 2 respondenti. Pouze skupina 3 respondentů- žen (13,5 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhli 2 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 56.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi duševní zdraví 20 respondentů (91,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhl 1 respondent. Pouze skupina 2 respondentů- žen (9,0 %) dosáhla 0-49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 32 bodů dosáhli 2 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 56.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi duševní zdraví 20 respondentů (91,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhl 1 respondent. Pouze skupina 2 respondentů- žen (9,0 %) dosáhla 0-49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 32 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 64.

Muži

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi duševní zdraví 25 respondentů (89,2 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhl 1 respondent. Pouze skupina 3 respondentů- mužů (10,8 %) dosáhlo 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhli 2 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 56.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi duševní zdraví 26 respondentů (93,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhl 1 respondent. Pouze skupina 2 respondentů- mužů (7,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 24 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 66.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi duševní zdraví 26 respondentů (93,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhl 1 respondent. Pouze skupina 2 respondentů- mužů (7,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 36 bodů dosáhli 2 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 72.

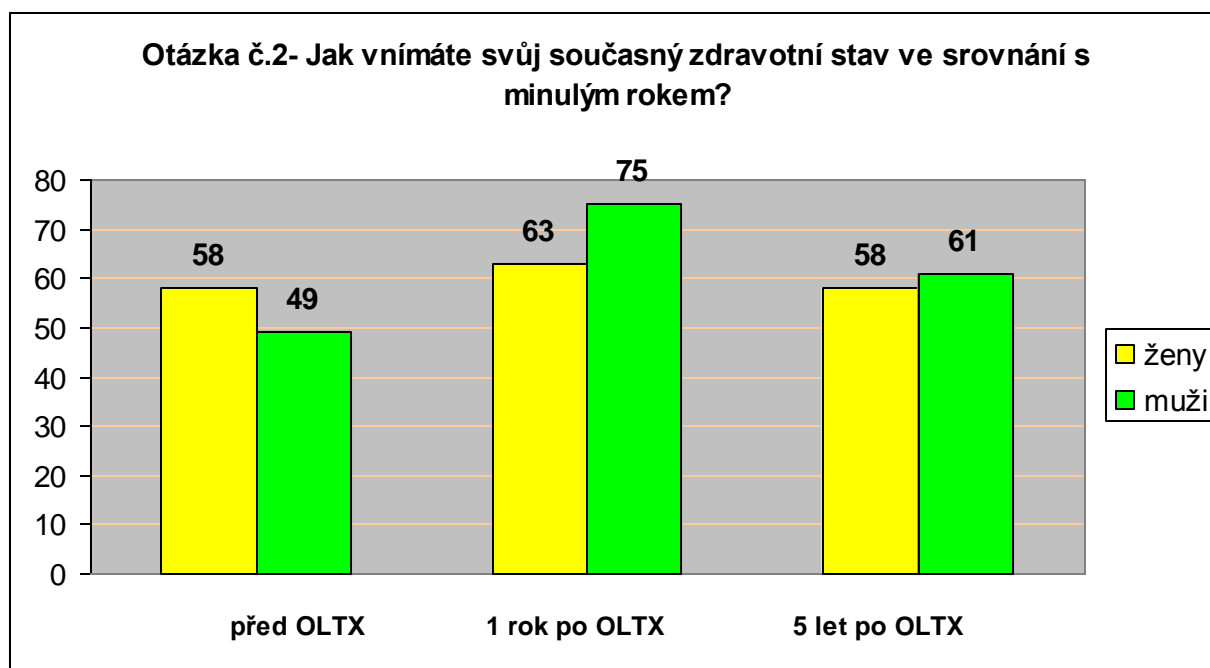
Otázka číslo 2- popisuje současné zdraví ve srovnání se zdravím před rokem.

Tabulka č.15a - Cítíte se lépe než před rokem? - skupina ženy

	Ženy					
	před OLT _X	před OLT _X	1 rok po OLT _X	1 rok po OLT _X	5 let po OLT _X	5 let po OLT _X
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	19	86,5 %	21	95,5 %	22	100,0 %
49-0 bodů	3	13,5 %	1	4,5 %	0	0,0 %
Celkem	22	100,0 %	22	100,0 %	22	100,0 %
Průměrná hodnota	58		63		58	

Tabulka č.15b- Cítíte se lépe než před rokem? - skupina muži

	Muži					
	před OLT _X	před OLT _X	1 rok po OLT _X	1 rok po OLT _X	5 let po OLT _X	5 let po OLT _X
Dosažená hodnota	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
100-50 bodů	17	86,5 %	27	97,4 %	22	78,4 %
49-0 bodů	11	13,5 %	1	3,6 %	6	21,6 %
Celkem	28	100,0 %	28	100,0 %	28	100,0 %
Průměrná hodnota	49		75		61	



Graf č. 9- Otázka č. 2- Průměrné dosažené hodnoty- Jak vnímáte své zdraví nyní ve srovnání s minulým rokem?

Komentář:

Ženy

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v otázce číslo 2, jež srovnávala současný zdravotní stav se stavem před rokem 19 respondentů (86,5%). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 10 respondentů. Pouze skupina 3 respondentů- žen (13,5 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhli 3 respondenti. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 58.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v otázce číslo 2, jež srovnávala současný zdravotní stav se stavem před rokem 21 respondentů (95,5 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 5 respondentů. Pouze 1 respondent- žena (4,5 %) dosáhl 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 63.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v otázce číslo 2, jež srovnávala současný zdravotní stav se stavem před rokem, 22 respondentů (100,0 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhli 2 respondenti. Nejnižší naměřená hodnota dosáhla 50 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 58.

Muži

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v otázce číslo 2, jež srovnávala současný zdravotní stav se stavem před rokem 17 respondentů (60,6 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 75 bodů dosáhli 4 respondenti. Pouze skupina 11 respondentů- mužů (39,4 %) dosáhla 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr měřených hodnot byl stanoven 49.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v otázce číslo 2, jež srovnávala současný zdravotní stav se stavem před rokem 27 respondentů (97,4 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 6 respondentů. Pouze 1 respondent- muž (3,6 %) dosáhl 0- 49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhl 1 respondent. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 75.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v otázce číslo 2, jež srovnávala současný zdravotní stav se stavem před rokem 22 respondentů (78,4 %). Nejvyšší dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 8 respondentů. Pouze skupina 6 respondentů- mužů (21,6 %) dosáhla 0-49 bodů. Nejnižší dosaženou hodnotu 25 bodů dosáhlo 6 respondentů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 61.

4 Diskuze

Tato kapitola interpretuje výsledky kvality života u nemocných po transplantaci jater zjištěných kvantitativním výzkumem, metodou dotazníkového šetření.

Hlavním cílem práce bylo zhodnotit kvalitu života u pacientů po transplantaci jater. Pro dosažení cíle výzkumného šetření byla zvolena metodika standardizovaného dotazníku SF36.

Dosavadní výzkumy v této oblasti již můžeme počítat na desítky. Výzkumy probíhají po celém světě, zkoumají pacienty z různých pohledů (například věku, urgencye transplantace jater, různých primárních diagnóz atp.). V ČR však mnoho výzkumů v této oblasti, snad pro relativně mladou terapeutickou možnost, či relativně nízký počet pacientů, probíhají jen velmi sporadicky. V roce 1998 publikovala A. Ptáčková studii, kde porovnávala dvě skupiny pacientů před transplantací a 1 rok po provedené transplantaci jater. Soubor zkoumaných respondentů obsahoval 75 respondentů, průměrného věku 47,3 let ve skupině mužů a 48,9 let ve skupině žen. Tyto skupiny porovnávala metodou COOP/WONCA *Charts* a metodou SQUALA. K signifikantnímu zlepšení došlo v oblastech zdraví, psychické pohody, péče o sebe sama a odpočinku. Výsledkem tohoto výzkumu bylo zjištění, že se bohužel celková kvalita života 1 rok po provedené transplantaci významně nezlepšila oproti stavu před transplantací.

První větší studii, kde byly porovnávány skupiny pacientů po transplantaci jater (21 respondentů) se skupinou netransplantovaných (71 respondentů), publikoval v roce 1995 Price a kol. Výzkum byl proveden na oddělení *Department of Public Health and Epidemiology, King's College School of Medicine and Dentistry*, v Londýně. U skupiny transplantovaných došlo k evidentnímu zlepšení kvality života po 6 měsících po provedené transplantaci a po 2 letech se výsledky dokonce blížily k normální populaci. U skupiny netransplantovaných nedošlo prakticky k žádné změně.

V roce 2007 tým Dr. Saaba publikoval výzkum prováděný na Universitě v Califronii v USA, který zkoumal vliv zdravotního stavu před transplantací na kvalitu života pacienta po provedení transplantace jater. Pro svůj výzkum použil také metodu výzkumného šetření pomocí dotazníku SF 36. Zkoumaný vzorek obsahoval 308 respondentů. Jednotliví respondenti byli rozděleni dle věku, počtu odpracovaných hodin týdně, zdravotního pojištění, vzdělání, pohlaví, etnika a sociálního statutu, hodnotil je z hlediska *Body Mass Index* (BMI), základní diagnózy, glomerulární filtrace, diabetu, hypertenze, encefalopatie, ascitu. Výsledkem jeho šetření bylo zjištění, že přítomnost zmíněných onemocnění před transplantací významně ovlivňuje kvalitu

života po transplantaci. Kvalita života se výrazně nezlepšila pouze u pacientů, kteří měli před transplantací jater, diagnózu Diabetes mellitus.

Já jsem se rozhodla ve svém výzkumu porovnat vnímání kvality života stejné skupiny pacientů a to před transplantací jater a změnu za 1 rok a za 5 let po jejím provedení. Zaměřila jsem se na rozdělení respondentů do dvou skupin- muži a ženy. Již během samotného hodnocení výsledků výzkumu mě napadly minimálně další dvě velmi zajímavé možnosti rozdělení těchto pacientů, a sice zda žijí ve spokojeném partnerském svazku a zda došlo ke změně sociálního uplatnění těchto pacientů (návrat do zaměstnání, ke sportu...). Domnívám se totiž, že tyto oblasti v situaci, kdy je možno pacienta po provedené transplantaci jater považovat za již „relativně zdravého“, významně ovlivňují vnímání kvality života. Těmito dvěma parametry jsem se bohužel ve své práci nevěnovala, což s odstupem času považuji za škodu, ale jistě se má domněnka může stát námětem pro další výzkumy.

K empirickému výzkumu jsem použila metodu kvantitativního výzkumu, za užití dotazníku SF36. Prvních část dotazníku byla zaměřena na demografická data, ve kterém jsem hodnotila pohlaví, věk, dosažené vzdělání, základní diagnózu, místo bydliště a stav.

První položka z demografických údajů byla zaměřena na zmapování pohlaví respondentů. Výzkumného šetření se zúčastnilo z celkového počtu 50 respondentů (100 %), 22 žen (44 %) a 28 mužů (56 %). Statistika transplantací v IKEMu do současné doby eviduje odtransplantováno 752 pacientů, z toho bylo 445 mužů a 307 žen. Což také potvrdilo moji domněnku, že transplantaci jater podstupují častěji muži než ženy.

Ve své práci pro zjištění kvality života po transplantaci jater jsem chtěla zhodnotit, jak je kvalita života vnímána z pohledu pohlaví. Vzhledem k tomu, že obě skupiny byly různě velké a z obavy porovnatelnosti vzorku, jsem požádala statistické oddělení IKEM o porovnání počtu respondentů statistickou metodou. Byla použita metoda konfidenčního intervalu a bylo zjištěno, že početní rozdíl v obou skupinách není statisticky významný.

Položka č. 2 mapovala věk respondentů. Nejmladšími respondentkami ve skupině žen byly dvě dívky, které dosáhly 14 let věku. Nejstarší žena ve výzkumu dosahovala 62 let věku. Nejčastěji se věková hranice u žen pohybovala mezi 51- 60 lety, která byla zastoupena 50 % respondentů. Nejmladším respondentem ve skupině mužů dosahoval 28 let věku, nejstaršímu bylo naopak 64 let. Nejčastěji se věková hranice u mužů pohybovala, mezi 51- 60 lety věku, která byla zastoupena 46,5 % respondentů. Průměrný věk respondentů mého šetření 44,5 roku a je porovnatelný s průměrným věkem všech pacientů transplantovaných v IKEM, který dosahuje 45,6 roku věku. Věkové rozmezí pacientů je tedy porovnatelné s celkovými daty IKEM

Položka č. 3 zjišťovala nejčastější příčinou vedoucí k transplantaci jater. Nejčastější diagnózou, pro kterou byli pacienti transplantováni, byla Etylická jaterní cirhóza. Ta byla zastoupena u 15 respondentů šetření Ženy, byly nejčastěji transplantovány pro primární sklerozující cholangitidu, pro kterou bylo transplantováno 6 patientek (27,4 %), tato diagnóza odpovídá 4 nejčastější diagnóze, pro kterou jsou pacienti transplantováni. U mužů to naopak byla Etylická jaterní cirhóza (39,3 %), což odpovídá stavu transplantovaných pacientů v ČR, a sice že největší zastoupení primárních diagnóz u pacientů zařazených na WL je právě etylická jaterní cirhóza. Ve světě je nejčastější primární diagnózou Hepatitida C (Trunečka, 2005). Primární diagnóza pacientů může významně kvalitu života pacientů ovlivnit. Určité diagnózy jsou transplantací vyléčitelné (Etylická jaterní cirhóza, Hepatocelulární karcinom). Jiné diagnózy např. HCV pro svou téměř 100 % rekurenci mohou kvalitu života ovlivnit částečně či krátkodobě.

Položka č. 4 zjišťovala místo, kde pacienti žijí. 12 respondentek (54,5 %) ve skupině žen vypovědělo, že žije ve městě, zatímco 10 žen (45,5 %) odpovědělo, že žije v menší obci. 15 mužů (53,6 %) uvedlo, že žije ve městě, 13 respondentů (46,4 %) naopak, že žijí v malé obci. Striktní rozdělení dle počtu obyvatel nebylo předem dáno, respondenti odpovídali na danou otázku dle vlastního pocitu a vnímání.

Položka č. 5, která mapovala sociální statut respondentů 12 respondentů-žen (54,5 %) uvedlo, že je vdaná, 3 respondenti jsou svobodní (13,7 %) a žijí s rodiči, 4 respondenti jsou rozvedení (18 %), 3 respondenti vdovy (13,7 %). Respondenti ve skupině muži uvedli, že 16 respondentů (57,2 %) je ženatých, 9 respondentů rozvedených (32,2 %), 1 respondent je svobodný a žije s rodiči (3,6 %), 2 respondenti jsou vdovci (7 %). To s kým člověk žije, zda je spokojený ve svém soukromém životě, má-li se o koho opřít, to lze konstatovat jako velmi důležitý a významný aspekt ovlivňující kvalitu lidského života. Ráda bych také podotkla, že nabídnuté možnosti v dotazníku nejsou signifikantní pro porovnání kvality života pacientů. To, že je pacient rozvedený ještě neznamená, že není ve svém životě šťastný. Možná žije s partnerem, se kterým není sezdáný, nebo mu život bez partnera vyhovuje.

V položce 6. nejvyšší dosažené vzdělání ve skupině ženy, uvedl 1 respondent vysokoškolské vzdělání (4,5 %), 7 respondentů uvedlo středoškolské vzdělání (31,9 %), 3 respondenti uvedli vyučení s maturitou (13,7 %), 9 respondentů uvedlo vyučen (40,8 %), 2 respondenti uvedli základní vzdělání (9,1 %). Ve skupině mužů uvedlo 7 respondentů vysokoškolské vzdělání (25,0 %), 14 respondentů uvedlo středoškolské vzdělání (50,0 %), 2 respondenti vyučení s maturitou (7,0 %), 5 respondentů vyučeno (18,0 %). Vzdělání člověka ovlivňuje život člověka hlavně z hlediska zvoleného oboru, ve kterém pak člověk pracuje. Spokojenost člověka v práci,

pocit smysluplnosti, odpovědnosti a potřeby může ve velké míře ovlivnit zejména psychický stav člověka.

Jak již bylo zmíněno, k hodnocení kvality života pacientů po transplantaci jater byl použit dotazník SF 36, který obsahuje 36 položek. Pro možnost interpretace jednotlivých dimenzí lidského života bylo použito metodiky pro hodnocení výsledků (viz příloha č. 13). Dosažené výsledky výzkumu lze shrnout a je možné je porovnat s prováděným výzkumem A. Ptáčkové následujícím způsobem. Výsledky obou výzkumů jsou obdobné a dokládají, v kterých oblastech života došlo ke zlepšení kvality života a u kterých k posunu nedošlo.

První hodnocenou dimenzí byla FYZICKÁ ČINNOST. Porovnáme-li dosažené výsledky obou skupin- tedy mužů a žen v této oblasti, je možné říci, že došlo ke zlepšení vnímání života jak u skupiny žen, tak mužů.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická činnost 17 respondentů (77,3 %). Pouze skupina 5 respondentů - žen (22,7 %) dosáhla 0- 49 bodů v dimenzi fyzická činnost. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 73.

V období 1 rok po OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická činnost 22 respondentů – žen (100,0 %). Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 76.

Ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická činnost 22 respondentů (100,0 %). Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 79.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická činnost 25 respondentů (89,3 %). Pouze skupina 3 respondentů- mužů (10,7 %) dosáhla 0-49 bodů v dimenzi fyzická činnost. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 76.

V období 1 rok po OLTX ve skupině muži dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická činnost 27 respondentů (96,4 %). Pouze 1 respondent (3,6 %) dosáhl 0-49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 77.

Ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická činnost 28 respondentů (100,0 %). Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 80.

I když nedošlo k významnému navýšení celkového bodového hodnocení po 1 roce a po 5 letech po OLTX, je zajímavé zjištění, že všech 22 žen v tomto období po OLTX dosáhlo nadprůměrnou hodnotu (50-100 bodů). Také všech 28 mužů, kromě jednoho dosáhli nadprůměrného skóre (50-100 bodů). Při porovnání výsledků obou výzkumů prováděných v ČR jsem došla ke zjištění, že kvalita života u pacientů po transplantaci jater se v oblastech, které shrnují fyzické dimenze života, není významně zlepšena. Všimneme-li totiž dosažených

výsledků před transplantací jater, je patrné, že pacienti v tomto období se necítili být významně limitováni v této oblasti a tyto výsledky se blíží výsledkům, které dosahuje běžná zdravá populace (viz příloha č. 14).

Druhou hodnocenou dimenzí byla FYZICKÁ OMEZENÍ. Také v této oblasti, došlo ke zlepšení vnímání kvality života.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi fyzická omezení 18 respondentů (82,0 %). Pouze skupina 4 respondentů- žen (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů v dimenzi fyzická omezení. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 66.

V období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi fyzická omezení 19 respondentů (86,0 %). Pouze skupina 3 respondentů- žen (13,7 %) dosáhla 0-49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 72.

Ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50-100 bodů v dimenzi fyzická omezení 18 respondentů (82,0 %). Pouze skupina 4 respondentů- žen (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 72.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi fyzická omezení 21 respondentů (74,8 %). Pouze skupina 7 respondentů- mužů (25,2 %) dosáhla v dimenzi fyzická omezení 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 61.

Ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi fyzická omezení 24 respondentů (86,0 %). Pouze skupina 4 respondentů- mužů (14,4 %) dosáhlo 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 71.

Ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi fyzická omezení 22 respondentů (78,4 %). Pouze skupina 6 respondentů- mužů (21,6 %) dosáhlo 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 61.

Obě skupiny pacientů dosáhly v podobném počtu jak nadprůměrné bodové ohodnocení, tak podprůměrné bodové ohodnocení ve všech třech časových obdobích. Nedošlo bohužel k významnému zlepšení v této oblasti, výsledky se nepřiblížily k výsledkům, které dosahuje zdravá populace. Tyto výsledky mohou souviset v předtransplantačním období s příznaky jaterního onemocnění, únava, ascites, encefalopatie znatelně způsobuje omezení fyzického stavu. Po transplantaci jater pacient může pociťovat jistá omezení, která mohou souviset s operačním výkonem a s celkovou koncepcí potransplantační léčby, která pacientům nedoporučuje fyzicky namáhavou práci, klade důraz na zabránění vzniku infekce, což pacientovi znemožňuje např. i práce na zahradě.

Třetí dimenzí, která byla výzkumem hodnocena, byla dimenze TĚLESNÁ BOLEST. V této dimenzi jsem zjistila vývoj zlepšení kvality života.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi tělesná bolest 18 respondentů (82,0 %). Pouze skupina 4 respondentů- žen (18,0 %) dosáhli 0-49 bodů v dimenzi tělesná bolest. Průměr z uvedených naměřených hodnot by stanoven 63.

Ve skupině ženy v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi tělesná bolest 18 respondentů (82,0 %). Pouze skupina 4 respondentů- žen (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 68.

Ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi tělesná bolest 21 respondentů (95,5%). Pouze 1 respondent- žena (4,5 %) dosáhl 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 76.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi tělesná bolest 24 respondentů (85,6 %). Pouze skupina 4 respondentů- mužů (14,4 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 66.

Ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi tělesná bolest 24 respondentů (85,6 %). Pouze skupina 4 respondentů- mužů (14,4 %) dosáhli 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 74.

Ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi tělesná bolest 27 respondentů (96,4 %). Pouze 1 respondent- muž (3,6 %) dosáhl 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 78.

Pokud hodnotím dosažené maximální a minimální skóre, v období 1 rok po transplantaci vůči období před transplantací nedošlo k významné změně. Obě skupiny pacientů dosáhly ve stejném počtu= 4 respondentů minimální skóre (0-49). Ovšem v obou skupinách došlo v období 5 let po OLTX ke zlepšení vnímání kvality života, pouze 1 respondent z každé skupiny dosáhl minimálního skóre. To znamená, že 21 žen a 27 mužů dosáhlo vysokého skóre a tito pacienti nepovažovali bolest za limitující pro jejich způsob života. Lze tedy shrnout, že obě skupiny cítili, že je bolest před OLTX významně limitovala, za 1 rok po jejím provedení nedošlo ke zlepšení, naopak za 5 let po provedení transplantace došlo ke zlepšení a muži i ženy nebyli již bolestí limitováni. Pokud bych porovnála průměrné dosažené hodnoty s hodnotami vymezenými pro zdravou populaci, těmto výsledkům se přiblížily obě skupiny až 5 let po transplantaci jater. Oba výzkumy bolest, jako součást života sledovaly a dospěly k obdobným výsledkům. To že pacienti pocítili snížení projevů bolestí po transplantaci je jedním z důležitých aspektů, který kvalitu života ovlivňuje. Možnost oddychu bez bolesti, umožnění aktivního odpočinku, bezbolestný

spánek, všechny tyto nově získané prožitky zlepšují pacientovo vnímání života a zvyšují jeho kvalitu.

Čtvrtou hodnocenou dimenzí byla oblast VŠEOBECNÉ ZDRAVÍ. Tuto dimenzi respondenti v obou skupinách hodnotili rovněž obdobně a to ve všech třech časových osách.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi všeobecné zdraví 18 respondentů (82,0 %). Pouze skupina 4 respondentů – žen (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 63.

V období 1 rok po OLTX dosáhlo ve skupině ženy 50- 100 bodů v dimenzi všeobecné zdraví 19 respondentů (86,5 %). Pouze skupina 3 respondentů- žen (13,5 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 68.

Ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi všeobecné zdraví 18 respondentů (82,0 %). Pouze skupina 4 respondentů- žen (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 76.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi všeobecné zdraví 22 respondentů (78,4 %). Pouze skupina 6 respondentů- mužů (21,6 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 66.

Ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi všeobecné zdraví 24 respondentů (85,6 %). Pouze skupina 4 respondentů- mužů (14,4 %) dosáhla 0-49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 74.

Ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi všeobecné zdraví 23 respondentů (82,0 %). Pouze skupina 5 respondentů- mužů (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 68.

Výrazná změna, bodově vyjádřená, byla zjištěna u obou skupin pacientů v období před OLTX versus 5 let po provedené transplantaci jater. Ovšem byly zjištěny rozdíly ve skupině mužů. Muži své všeobecné zdraví před transplantací jater cítili významně hůře než po jejím provedení. Pokud porovnáme výsledky obou výzkumů v oblasti všeobecné zdraví, je možné konstatovat, že transplantace jater kvalitu života v této oblasti zlepšila, což podporuje také srovnání se zdravou populací, pacienti po transplantaci dosáhli srovnatelných výsledků. Důvodem může být to, že pacienti se transplantací jater zbavili nálepky nemocného a pokud nemají komplikace, mohou vykonávat za dodržení bezpečnostních podmínek téměř vše co zdravý jedinec.

Pátou hodnocenou dimenzí života byla oblast VITALITY. V této oblasti lidského života došlo v časové ose k významné změně vnímání kvality života.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi vitality 13 respondentů (82,0 %). Pouze skupina 9 respondentů- žen (40,5 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 48.

Ve skupině ženy v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi vitality 17 respondentů (77,5 %). Pouze skupina 5 respondentů- žen (22,5 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 67.

Ve skupině ženy v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi vitality 22 respondentů (100,0 %). Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 71.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo vysokého skóre v dimenzi vitality 7 respondentů (25,2 %). Skupina 21 respondentů- mužů (74,8 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 35.

Ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi vitality 22 respondentů (78,4 %). Pouze skupina 6 respondentů- mužů (21,6 %) dosáhla 0-49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 71.

Ve skupině muži v období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi vitality 26 respondentů (93,0 %). Pouze skupina 2 respondentů- mužů (7,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 74.

Obě skupiny pacientů před provedenou transplantací dosáhli ve vyšší míře celkového minimálního skóre, 9 žen dosáhlo nízkého skóre, což tyto pacientky velmi limitovalo. Jak dokládá tabulka č. 13b, dokonce 21 mužů dosáhlo nízkého skóre. Muži se tedy cítili z hlediska vitality před transplantací mnohem hůře než po ní. U žen došlo jeden rok po OLTX ke zlepšení vnímání vitality a 5 let po OLTX už žádná žena nedosáhla nízkého skóre, také všichni muži kromě jednoho v tomto období dosáhli vysokého skóre. Po zhodnocení dosažených výsledků lze říci, že transplantace jater významně zlepšila vnímání vitality obou skupin a že se ženy i muži cítí po jejím provedení vitálněji.

Tuto oblast A. Ptáčková ve svém výzkumu pojmenovala Denní činnosti. Při porovnání obou výzkumů jsem došla k jednoznačnému výsledku, a sice že transplantace jater pacientům tuto oblast, ať už ji pojmenujeme vitality či denní činnosti, zlepšuje. To je zřejmé i při porovnání s výsledky zdravé populace, kdy po transplantaci jsou výsledky dokonce i vyšší než je regionální standart. Vysvětlení je na snadě, jak již bylo zmíněno, jaterní onemocnění svými příznaky ovlivňuje vitalitu pacienta. Po transplantaci dochází k vymizení těchto negativních projevů a pacienti se tak cítí plni života.

Šestou hodnocenou dimenzí, kterou dotazník kvality života SF- 36 hodnotí je dimenze SPOLEČENSKÉ AKTIVITY. V této dimenzi došlo ke zlepšení ve vnímání kvality života. Skupina ženy vnímala rozdíly v této dimenzi v časové ose rozdílněji.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi společenské aktivity 19 respondentů (86,5 %). Pouze skupina 3 respondentů- žen (13,5 %) dosáhla 0-49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 61.

Ve skupině ženy v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi společenské aktivity 22 respondentů (100,0 %). Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 76.

V období 5 let po OLTX ve skupině žen dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi společenské aktivity 21 respondentů (95,5 %). Pouze 1 respondent- žena (4,5 %) dosáhl 0-49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 75.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi společenské aktivity 26 respondentů (93,0 %). Pouze skupina 2 respondentů- mužů (7,0 %) dosáhla 0-49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 69.

Ve skupině muži v období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi společenské aktivity 27 respondentů (96,4 %). Pouze 1 respondent- muž (3,6 %) dosáhl 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 76.

V období 5 let po OLTX dosáhlo ve skupině muži 50- 100 bodů v dimenzi společenské aktivity 27 respondentů (96,4 %). Pouze 1 respondent- muž (3,6 %) dosáhl 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 75.

Před transplantací dosáhli limitujícího skóre 3 ženy, 1 rok po OLTX žádná žena nepocítovala limitaci, za 5 let zmínila jedna žena, že je limitována v dimenzi společenské aktivity. Skupina mužů tuto dimenzi vnímá ve všech třech časových osách, alespoň co se týče dosaženého maximálního a minimálního skóre obdobně. Zatímco před transplantací 2 muži byli limitováni v oblasti společenských aktivit, tak po provedení transplantace pouze 1 muž v každém období dosáhl nízkého skóre. K významné změně v dimenzi společenské aktivity došlo v hodnocené skupině žen v období před OLTX versus 1 rok po výkonu. To znamená, že ženy se vnímají jako významně společensky aktivnější v období 1 rok po OLTX než před ní. Ke zlepšení společenských aktivit došlo v obou šetřeních. Vysvětlení není dle mého mínění složité, průvodním příznakem jaterního onemocnění je ikterus. Mnohdy mívají pacienti skutečně výrazné zabarvení kůže i sklér, což na laickou veřejnost může působit odpudivým dojmem. Pacienti se tedy mohou cítit nepříjemně, mohou inklinovat k sociální izolaci. I když se ani jedna

skupina nepřiblížila v průměrném hodnocení této dimenze ke zdravé populaci je možné říci, že úspěšná transplantace jater příznak možné sociální izolace odstraňuje a transplantovaný se tedy může bez obav zapojit do společenského života

Sedmou dimenzí, kterou jsem pomocí dotazníku hodnotila, byla dimenze EMOČNÍ PROBLÉMY. Také v této oblasti života došlo ke změně ve vnímání oběma skupinami pacientů.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi emoční problémy 15 respondentů (68,5 %). Pouze skupina 7 respondentů- žen (31,5 %) dosáhla 0-49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 58.

V období 1 rok po OLTX ve skupině ženy dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi emoční problémy 17 respondentů (77,5 %). Pouze skupina 5 respondentů- žen (22,5 %) dosáhla 0-49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 80.

V období 5 let po OLTX ve skupině ženy dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi dosaženou hodnotu 100 bodů dosáhlo 10 respondentů. Pouze skupina 4 respondentů- žen (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 75.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi emoční problémy 21 respondentů (74,8 %). Pouze skupina 7 respondentů- mužů (25,2 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 69.

V období 1 rok po OLTX dosáhlo ve skupině muži 50- 100 bodů v dimenzi emoční problémy 23 respondentů (82,0 %). Pouze skupina 5 respondentů- mužů (18,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 78.

V období 5 let po OLTX ve skupině muži dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi emoční problémy 24 respondentů (85,6 %). Pouze skupina 4 respondentů- mužů (14,4 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 78.

Obě skupiny, co se týče dosažení maximálního (50-100 bodů) a minimálního skóre (0-49 bodů), dosáhly podobných výsledků. Došlo však ke změně dosažení 100 bodového skóre, zatímco ve skupině ženy před OLTX ji dosáhly pouze 2 respondentky, za 1 rok již 4 respondentky, tak za 5 let po transplantaci to bylo již 10 respondentek. Muži dosáhli nejvyššího 100 bodového skóre před OLTX 5 respondentů, 1 rok 7 a za 5 let po výkonu to bylo již 10 respondentů. Ve skupině žen však došlo ke změně ve vnímání emočních problémů v období před OLTX versus 1 rok a 5 let po ní. Což je možné hodnotit, tak že ženy cítily více problémů před OLTX než po jejím provedení. Tato oblast byla součástí obou výzkumů, pokud bych oba výsledky porovnála, je možné konstatovat, že také v této oblasti v obou případech

došlo ke zlepšení kvality života díky transplantaci jater. Dle mého názoru je toto zjištění také umocňuje srovnání výsledků mého šetření s výsledky zdravé populace. Kdy obě skupiny po transplantaci se výrazně zdravé populaci přiblížily.

Vnímání emočních problémů může být ovlivněno několika skutečnostmi. Zisk funkčního štěpu pacienti většinou vnímají jako vysvobození a prožívají ho pozitivně. Později však může dojít k nárůstu nejistoty, pacienta nutí užívání imunosuprese neustále balancovat mezi udržení cizího orgánu ve svém těle a těžkostech, spojených s udržení vlastního imunitního systému. (Baštecký a kol., 1993)

Osmou dimenzí, která byla hodnocena, byla dimenze DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. Výsledky v této dimenzi byly odlišné od ostatních hodnocených oblastí života.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi duševní zdraví 19 respondentů (86,5 %). Pouze skupina 3 respondentů- žen (13,5 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 56.

V období 1 rok po OLTX ve skupině ženy dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi duševní zdraví 20 respondentů (91,0 %). Pouze skupina 2 respondentů- žen (9,0 %) dosáhla 0-49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 56.

V období 5 let po OLTX ve skupině ženy dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi duševní zdraví 20 respondentů (91,0 %). Pouze skupina 2 respondentů- žen (9,0 %) dosáhla 0-49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 64.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi duševní zdraví 25 respondentů (89,2 %). Pouze skupina 3 respondentů- mužů (10,8 %) dosáhlo 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 56.

V období 1 rok po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi duševní zdraví 26 respondentů (93,0 %). Pouze skupina 2 respondentů- mužů (7,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 66.

V období 5 let po OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v dimenzi duševní zdraví 26 respondentů (93,0 %). Pouze skupina 2 respondentů- mužů (7,0 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 72.

Co se týče dosaženého maximálního, a minimálního skóre výsledky žen byly obdobné. Minimálního skóre (0-49 bodů) dosáhly před OLTX 3 ženy, zatímco po transplantaci jater za 1 rok a za 5 let to byly pouze 2 ženy. Skupina ženy nezaznamenala rozdíl ve vnímání duševního zdraví v období před OLTX versus 1 rok po OLTX. Ovšem co se týče dosaženého průměrného bodového zhodnocení, došlo ke zlepšení duševního zdraví za 5 let po provedení transplantace jater, jak dokazuje graf č. 8. Ženy tuto dimenzi 1 rok po OLTX vnímají významně hůře než

muži. U mužů došlo ke zlepšení vnímání duševního zdraví již po roce po transplantaci jater. V období 5 let po OLTX již dochází ke zlepšení vnímání této dimenze života oběma skupinami respondentů. Při srovnání tohoto období s obdobím před OLTX, lze říci, že se ženy cítí významně duševně zdravěji než před OLTX. Také ve skupině mužů došlo k významným změnám ve vnímání duševního zdraví. Muži vnímali své duševní zdraví hůře před OLTX než po jejím provedení, ať už za 1 rok, tak za 5 let po ní. Tuto dimenzi lze tedy zhodnotit tak, že z hlediska duševního zdraví se všichni respondenti cítí významně lépe po OLTX než před ní, zlepšení je však patrné až s větším časovým odstupem po provedené transplantaci jater. Pokud však vezmu v úvahu průměr dosažených hodnot, tak jediná skupina respondentů se přiblížila zdravé populaci, muži 5 let po transplantaci.

Pacientovo vnímání emocionality ovlivňuje často úzkost o osud štěpu, někdy může být kompenzovaná rizikovým jednáním. Po celou dobu, od uvědomění si vážného onemocnění před transplantací i po ní, je pacient nucen se vyrovnávat s vědomím smrtelnosti. To jak se s ní vyrovná, závisí na míře přijetí tohoto tématu jím samotným jeho okolím, na výchově a na jeho hodnotovém systému, síle jeho osobnosti i na dosavadní smysluplnosti jeho života.(Ptáčková, 1998).

Jediná a **poslední otázka**, která byla dotazníkem hodnocena a porovnávala současný zdravotní stav v porovnání se zdravotním stavem před rokem, byla otázka č. 2. Tuto otázku hodnotily obě skupiny pacientů rozdílně. Zatímco jsem nepředpokládala, že v období před OLTX dosáhnou pacienti významně výborných výsledků, což se mi potvrdilo, velmi mě překvapilo, že rozdíly 1 rok po OLTX versus období před OLTX nejsou významné.

Z celkového počtu 22 respondentů (100,0 %) ve skupině ženy v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v otázce číslo 2, jež srovnávala současný zdravotní stav se stavem před rokem 19 respondentů (86,5%). Pouze skupina 3 respondentů- žen (13,5 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 58.

V období 1 rok po OLTX ve skupině ženy dosáhlo 50- 100 bodů v otázce číslo 2, jež srovnávala současný zdravotní stav se stavem před rokem 21 respondentů (95,5 %). Pouze 1 respondent- žena (4,5 %) dosáhl 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 63.

V období 5 let po OLTX ve skupině ženy dosáhlo 50- 100 bodů v otázce číslo 2, jež srovnávala současný zdravotní stav se stavem před rokem, 22 respondentů (100,0 %). Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 58.

Z celkového počtu 28 respondentů (100,0 %) ve skupině muži v období před OLTX dosáhlo 50- 100 bodů v otázce číslo 2, jež srovnávala současný zdravotní stav se stavem před rokem

17 respondentů (60,6 %). Pouze skupina 11 respondentů- mužů (39,4 %) dosáhla 0- 49 bodů. Průměr měřených hodnot byl stanoven 49.

V období 1 rok po OLTX ve skupině muži dosáhlo 50- 100 bodů v otázce číslo 2, jež srovnávala současný zdravotní stav se stavem před rokem 27 respondentů (97,4 %). Pouze 1 respondent- muž (3,6 %) dosáhl 0- 49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 75.

V období 5 let po OLTX dosáhlo ve skupině muži 50- 100 bodů v otázce číslo 2, jež srovnávala současný zdravotní stav se stavem před rokem 22 respondentů (78,4 %). Pouze skupina 6 respondentů- mužů (21,6 %) dosáhla 0-49 bodů. Průměr z uvedených naměřených hodnot byl stanoven 61.

Ve skupině žen došlo ke změně v průměrném bodovém hodnocení průměr bodového hodnocení před OLTX dosáhlo pouhých 58 bodů, za rok po transplantaci jater došlo k navýšení na 63 bodů, ale za 5 let došlo k opětovnému snížení bodového průměru na 58 bodů. Mírné zlepšení 1 rok po výkonu můžeme zřejmě připsat skutečností možností výskytu komplikací po OLTX, častějšími lékařskými prohlídkami a jistě vyšším množstvím užívaných léků, které jsou pro pacienty životně důležité, ale také jejich užívání s sebou nese jistá rizika komplikací. Skupina žen vnímá svůj zdravotní stav 5 let po OLTX stejně jak bylo naměřeno před jejím provedením. Tyto výsledky je možné přičíst možnému výskytu komplikací s užíváním imunosupresiv a je zde také jistá možnost rekurence základního onemocnění. U mužů došlo k významnějšímu zlepšení vnímání zdravotního stavu, zatímco před transplantací jater dosáhli 49 bodů, tak již za 1 rok dosáhli 75 bodů a za 5 let došlo již k opětovnému snížení na 61 bodů. Obecně obě skupiny vyjádřily vnímání svého zdravotního stavu, v porovnání před s obdobím před rokem, hůře v období 5 let po transplantaci.

Důvodem mohou být komplikace, které s sebou transplantační léčba přináší. Ty se nevyskytují pouze bezprostředně po provedeném výkonu, ale také dlouhodobě užívaná imunosupresivní léčba s sebou nese rizika komplikací

Na závěr této diskuze bych ráda konstatovala, že se mi podařilo zjistit, že pacienti vnímají po transplantaci jater svůj život kvalitněji než před jejím provedením. Jak jsem již zmínila v úvodu této kapitoly, nevěnovala jsem se bohužel ve výzkumu otázce současného soukromého života, zda jsou pacienti šťastní a spokojení ve své rodině, zda jim transplantace pomohla navrátit se do stejné sociální role, v jaké byli, než onemocněli.

Ráda bych však zdůraznila, že se již mění náš pohled zdravotníka na tyto pacienty. Již nás při ambulantních kontrolách nezajímají pouze laboratorní výsledky či sonografické prokrvení transplantovaného orgánu, ale stále častěji se zabýváme otázkou, zda jsme pacientovi pomohli

vrátit se do normálního života, který jim byl jaterním onemocněním zapovězen. Mnoho pacientů se po transplantaci vrátilo k práci, několik dívek, se po transplantaci vdaly a již se staly matkami. Nemalá část pacientů se začala opět věnovat sportovním aktivitám, kterým se před transplantací věnovat nemohla. Pokud je to jen trochu možné a je to na místě, zdůrazňujeme pacientům, že byť polykají hrsti léků, jsou v podstatě zdraví a snažíme se je motivovat k pozitivnímu myšlení a k návratu do života jaký žili před jaterním onemocněním.

Závěr

Bakalářská práce je věnována kvalitě života po transplantaci jater. Teoretická část se zabývala kvalitou života obecně a zmapovala postupy transplantační medicíny. Poukázala na úskalí, která mohou kvalitu života po transplantaci jater ovlivnit. Ať už je to vědomí rizika možných komplikací po samotném výkonu, tak rizika komplikací spojená s užíváním imunosuprese, nebo nutná omezení v pacientově životě v časném potransplantačním období.

Cílem empirické části bylo zmapovat kvalitu života u pacientů po transplantaci jater. Jak již bylo uvedeno, výzkum probíhal metodou dotazníkového šetření. Byli osloveni pacienti po transplantaci jater provedené v IKEM. Výzkumu se zúčastnilo 50 respondentů, převážně mužů, v průměrném věku 44,5 let, nejčastěji středoškolského vzdělání.

Dílčím cílem č. 1 bylo zmapovat kvalitu života po transplantaci jater v oblastech bio- psycho – sociálního vnímání života. V oblasti fyzického zdraví u pacientů po transplantaci jater nedošlo k významnému zlepšení kvality života. Co se týče emočního a sociálního vnímání života- u obou skupin došlo v důsledku transplantace jater k jejich zlepšení. Myslím si, že tato zjištění kolerují s dosavadními výzkumy a ukazují jak mnoho nemoc a její úskalí ovlivňuje lidskou psychiku. Domnívám se, že na základě tohoto zjištění by se zdravotnická veřejnost měla stále více zabývat psychickým stavem nemocných a jejich prožíváním nemoci.

Pacienti před transplantací jater se cítí významně limitováni v emocionální a sociální oblasti lidské osobnosti. Jaká řešení bych navrhla? Myslím si, že základem zlepšení duševního stavu a zlepšení v sociální roli je komunikace. Pacienti čekající na transplantaci jater si více než kdy jindy uvědomují otázku vlastní smrtelnosti. Vědomí, že čekají na smrt jiného člověka, který jim zachrání život, v nich často může způsobovat rozporuplné pocity. Domnívám se, že psychická podpora pacientů by měla být vedena odborníkem, který bude připraven a schopen adekvátně odpovědět a podpořit pacientovu mysl k pozitivnímu vnímání své situace. Nedílnou součástí této spolupráce by měla být také rodina tohoto pacienta, tak aby i oni byli součástí ošetrovatelského týmu a více se zapojili do péče o pacienta. Vzhledem k častějším hospitalizacím pacientů před transplantací je vhodné umožnit rodině neomezený kontakt se svými blízkými. **Dílčí cíl č. 1 byl splněn.**

Dílčím cílem č. 2 bylo zhodnotit kvalitu života respondentů v období před provedenou transplantací, a po 1 roce a po 5 letech od jejího provedení. Aby bylo možné kvalitu života pacientů v daném časovém období zmapovat, bylo nutné vyplnit dotazníky SF 36 před provedením transplantace jater, 1 rok a 5 let po jejím provedení. Předem stanovená časová období se podařilo zmapovat. K nejvýraznějším změnám, kterých bylo transplantací jater

dosaženo, byla oblast vitality, což se dalo vzhledem ke známým příznakům jaterního onemocnění předpokládat (encefalopatie, únava). Velmi překvapující výsledky jsem zjistila v oblasti vnímání současného zdraví v porovnání před rokem. Zde zřejmě díky jisté pravděpodobnosti výskytu pooperačních komplikací a riziku užívání imunosupresivních léků nedošlo k výraznému zlepšení.

Pacienti, kteří se připravují k transplantaci jater, se cítí unaveni a jaksi bez života. I to může jejich celkový zdravotní a psychický stav ovlivnit natolik, že mohou rezignovat na léčbu. Jak dokládá mé šetření, vitalita se transplantací znatelně zlepší. Je tedy vhodné pacientovi zdůrazňovat, že tento pocit jim transplantace jater pomůže překonat, budou se cítit plni života a budou se moci vrátit ke svým dřívějším koníčkům a zájmům, které jako zdraví mohli vykonávat. Jaké řešení bych tedy navrhla? Dle mého názoru by bylo velmi podnětné zajistit vznik obdoby tzv. terapeutických skupin, kde by se scházeli jak pacienti před transplantací, tak po transplantaci a sdělovali své zkušenosti i dojmy a pomohli pacientům, kteří se k transplantaci teprve chystají navrátit víru a pozitivní myšlení. Těchto terapeutických skupin by se zúčastňovali jak pacienti krátce po transplantaci, tak pacienti s delším časovým odstupem, neboť nejen pacienti před transplantací prožívají své úzkosti. Pacienti, kteří jsou krátce po OLTx, mohou mít komplikace, nemusí pocítovat uspokojivé zlepšení svého stavu, pokud uvidí lidi, kteří byli v obdobné situaci, jistě jim to dodá odvahy do dalšího boje. **Dílčí cíl č. 2 byl splněn.**

Prováděný výzkum byl pro mě velmi podnětný, dnes a denně bývám v kontaktu s transplantovanými pacienty a s pacienty, kteří se k transplantaci teprve připravují. Zabývám se jejich zdravotním stavem, hodnotím jeho vývoj, edukuji, ale až nyní jsem se hlouběji zabývala jejich komplexní osobností, vnímat jejich pocity a ukázalo mi směr, kterým se mám ubírat při jednání s nimi. Výsledky výzkumu jsou užitečné pro komunikaci s pacienty, kteří transplantaci jater podstoupili nebo na ni čekají. Je možné jim ukázat, že když se před transplantací cítí unavení, mají bolesti, cítí se být sociálně izolovaní, tak se tyto skutečnosti transplantací jater změní a život se jim zlepší.

Výsledky výzkumu, by nás mohly navést, kterým oblastem života se máme podrobněji věnovat a v podstatě potvrdily mou tezi o možnostech dalšího podrobnějšího výzkumu pacientů z hlediska jejich sociálního statutu a rodinného štěstí. I když se stále zvyšuje počet transplantovaných pacientů, zlepšují se léčebné možnosti, není v ČR provedeno mnoho výzkumů v oblasti kvality života u pacientů po transplantaci jater. Jediné dosud publikované šetření bylo provedeno pře 12 lety. A proto se domnívám, že tato oblast by si jistě zasloužila více pozornosti a podrobnějšího zpracování.

Anotace

Autor:	Pavčina Smetanová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	The quality of life of patients after liver transplantation
Vedoucí práce:	Mgr. Michaela Schneiderová MUDr. Pavel Trunečka, CSc.
Počet stran:	110
Počet příloh:	16
Rok obhajoby:	2010
Klíčová slova:	quality of life, liver transplantation, SF 36, research

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacientů po transplantaci jater. Teoretická část seznamuje s pojmy kvalita života a transplantace jater. Zaměřuje se na problematiku využití pojmu kvalita života, úskalí transplantologie a praktickými postupy péče o pacienta před provedením transplantace jater a po jejím provedení.

Těžištěm práce je empirická část, která je zpracována na základě kvantitativního výzkumu zpracovaného metodou standardizovaného dotazníkového šetření SF 36, které probíhalo v období měsíce ledna až března roku 2010. Zkoumaný vzorek respondentů tvoří pacienti po provedené první transplantaci jater v letech 2002, 2003 a 2004 s následným ambulantním sledováním v IKEM. Cílem práce je zhodnotit vývoj kvality života u respondentů, kteří podstoupili transplantaci jater, dále pak po jednom roce a po pěti letech po jejím provedení

The thesis deals with the quality of life of patients after liver transplantation. The theoretical part introduces the concepts of quality of life and liver transplantation. It focuses on issues of use of the concept of quality of life, transplantology pitfalls and practical procedures for the care of patients before liver transplantation and afterwards.

Point is the empirical part, which is compiled on the basis of quantitative analysis of processed using a standardized questionnaire SF 36, which took place during the month of January to March 2010. Surveyed a sample of respondents are patients after the first liver transplant in 2002, 2003, 2004, followed by ambulatory monitoring in IKEM. The goal is to evaluate the development of quality of life among respondents who underwent liver transplantation, then after one year and five years after its implementation

Literatura a prameny

1. BALÁŽ, P., MERGENTAL, H. *Transplantace v experimentu*. 1. vyd. . Praha: Galén, 2006. 145 s. ISBN 80-7262-366-4.
2. BAŠTECKÝ, J., ŠAVLÍK, J., ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. 1.vyd. . Praha: Grada, 1993. 363 s. ISBN 80-7169-031-7.
3. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
4. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Mít pro co žít*. 1. vyd . Praha: Návrat domů, 1994. 94 s. ISBN 80-85495-33-3.
6. KŘIVOHLAVÝ, J. *Vážně nemocný mezi námi*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1989. 110 s. ISBN 08- 065- 89
7. LATA, J., VAŇÁSEK, T. *Kritické stavy v hepatologii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005. 168 s. ISBN 80-247-0404-8.
8. MADDREY, W. C., et al. *Transplantation of the liver*. Third edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001. 509 s. ISBN 0-7817-2039-7.
9. MAREŠ, J, et al., *Kvalita života u dětí a dospívajících*. 3sv. Brno: MSD, 2006. 235 s. ISBN 978-80-7392-076-0.
10. PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
11. ŠAFRÁNKOVÁ, A, NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 2 sv. (280, 211 s., [4, 4] s. barev. Obr. příl.). (Sestra). ISBN 80-247- 1148-6.
12. ŠEVČÍK, P. *Intenzivní medicína*. Vyd. 2. Praha: Galén, 2003. 422 s. ISBN 80-726-2203
13. TRUNEČKA, P., ADAMEC, M. et al., *Transplantace jater* . Vyd. 1 . Praha : Karolinum , 2009 . 290 s., [12] s. barev. obr. příl . ISBN 978-80-246-1671-1.
14. TŘEŠKA, V. *Transplantologie pro mediky*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2002. 125 s. ISBN 80-246-0331-4.
15. TYRLÍKOVÁ, I. *Neurologie pro sestry* .1. vyd. . Brno : Inst. dal. vzděl. prac. zdrav. , 1999 . 287 s. . ISBN 80-7013-287-6.
16. VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P.: *Kvalita života, Teoretická a metodologická příručka*. vyd. Brno: Pedagogická fakulta, 2005. 141 s. ISBN 80-210-3754-7.

17. VOKURKA, M., HUGO, J.: *Praktický slovník medicíny*. 7. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. s. 490. ISBN 80-7345-009-7.
18. VYMĚTAL, J.: *Lékařská psychologie*. vyd. Praha: Psychologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-86123-08-1.

Časopisy a sborníky přednášek:

19. HUVAR, I. Kvalita života při močové inkontinenci. *Praktická Gynekologie*. 2003, č. 1, s. 18
20. KŘIVOHLAVÝ, J. Kvalita života. *Sborník příspěvků z konference konané v Písku dne 25. 10. 2004*. Kostelec nad Černými Lesy. SV, s.r.o., 2004, s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6
21. PTÁČKOVÁ, A. Srovnání kvality života před a jeden rok po transplantaci jater. *Čs. Psychol.*, Roč. 43, č. 4 (1999), s. 338- 348. ISSN 009-062
22. ŠPERL, J. Desetileté zkušenosti s výběrem kandidátů transplantace jater na čekací listinu. *Folia Gastroenterologica et Hepatologica*. 2005, volume 3, s. 22-27. ISSN 1214- 4088
23. TRUNEČKA, P. Výsledky programu transplantace jater v IKEM za 10 let trvání. *Folia Gastroenterologica et Hepatologica*. 2005, volume 3, s. 13-21. ISSN 1214- 4088

Elektronické zdroje:

24. KALOVÁ, H., *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci*. [online]. 2009, [cit. 2010-04-09]. Dostupné na WWW<www.zsf.jcu.cz/doc>

25. SOBOTÍK, Z., *Zkušenosti s použitím předběžné české verze amerického dotazníku o zdraví (SF-36)*. [online]. 1998, [cit. 2010-03-31]. Dostupné na WWW <<http://www.zcr.cz/Archiv/1998/1-2/14.pdf>>

26. SLOVÁČEK, L., *Kvalita života nemocných- jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. [online]. 2004, [cit. 2010-03-31]. Dostupné na WWW <http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vzl1_2.%20Slovacek.pdf>

27. DROGY- INFO., *Dotazník SF36*. [online]. 2008, [cit. 2010-01-31]. Dostupné na WWW <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/dotaznik_sf_36>

28. Koordinační transplantační středisko. [online]. 2005, [cit. 2010-01-21]. Dostupné na WWW <http://www.kst.cz/web/?page_id=2303>

29. Česká lékařská komora [online]. 2005, [cit. 2010-02-15]. Dostupné na WWW <http://www.lkcr.cz/document3.php?param=dokumenty_file,DOKUMENTY_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=71397>

30. Scoring the RAND SF-36-item Health Survey 1.0. [online]. [2010-04-27]. Dostupné na WWW http://www.chiro.org/LINKS/How_to_score_the_SF-36.shtml

Bakalářské práce

31. LAŠTŮVKOVÁ, M. *Kvalita života u pacientů s Diabetes mellitus 2. typu*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové v r. 2009. 100s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Seznam zkratek

ARO	Anesteziologicko- resuscitační oddělení
ATB	Antibiotika
CT	Počítačová tomografie
CVP	Centrální žilní tlak
ČR	Česká republika
EKG	Elektrokardiogram
ERCP	Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie
ETN	European Transplant Network
ETOH	Alkoholická jaterní cirhóza
HBV	Hepatitida B
HCV	Hepatitida C
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
JIP	Jednotka intenzivní péče
KS	Krevní skupina
KST	Koordinační středisko transplantací
OLTX	Ortotopická transplantace jater
ORL	Ušní nosní krční
P	Puls
PBC	Primární biliární cirhóza
PSC	Primární sklerozující cholangitida
RTG	Rentgenové vyšetření
SBC	Sekundární biliární cirhóza
SR	Slovenská republika
TK	Tlak krevní
TT	Tělesná teplota
UPV	Umělá plicní ventilace
USG	Ultrasonografie
WHO	Světová zdravotnická organizace
WL	Čekací listina
ZP	Zdravotní pojišťovna

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	Pohlaví
Tabulka č. 2	Věkové rozmezí respondentů
Tabulka č. 3	Základní diagnóza
Tabulka č. 4	Bydliště
Tabulka č. 5	Stav
Tabulka č. 6	Dosažené vzdělání
Tabulka č. 7a	Fyzická činnost ženy
Tabulka č. 7b	Fyzická činnost muži
Tabulka č. 8a	Fyzická omezení ženy
Tabulka č. 8b	Fyzická omezení muži
Tabulka č. 9a	Tělesná bolest ženy
Tabulka č. 9b	Tělesná bolest muži
Tabulka č. 10a	Všeobecné zdraví ženy
Tabulka č. 10b	Všeobecné zdraví muži
Tabulka č. 11a	Vitalita ženy
Tabulka č. 11b	Vitalita muži
Tabulka č. 12a	Společenské aktivity ženy
Tabulka č. 12b	Společenské aktivity muži
Tabulka č. 13a	Emoční problémy ženy
Tabulka č. 13b	Emoční problémy muži
Tabulka č. 14a	Duševní zdraví ženy
Tabulka č. 14b	Duševní zdraví muži
Tabulka č. 15a	Cítíte se lépe než před rokem? Ženy
Tabulka č. 15b	Cítíte se lépe než před rokem? Muži
Tabulka č. 16	Klasifikace tíže jaterního onemocnění dle Child- Turcotte- Pugh skóre
Tabulka č. 17	Pravděpodobnost úmrtí pacientů s pokročilou jaterní cirhózou do tří měsíců v závislosti na MELD skóre
Tabulka č. 18	Interpretace dimenzí zdravotního stavu měřených dotazníkem SF 36 a interpretace vysokého a nízkého skóre

Seznam grafů

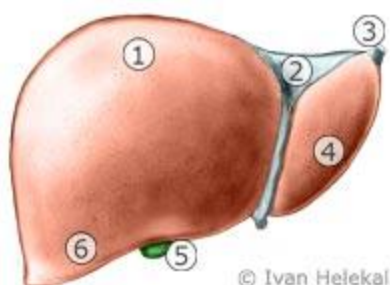
Graf č. 1	Průměrné dosažené hodnoty- fyzická činnost
Graf č. 2	Průměrné dosažené hodnoty - Fyzické omezení
Graf č. 3	Průměrné dosažené hodnoty- Tělesná bolest
Graf č. 4	Průměrné dosažené hodnoty - Všeobecné zdraví
Graf č. 5	Průměrné dosažené hodnoty - Vitalita
Graf č. 6	Průměrné dosažené hodnoty - Společenské problémy
Graf č. 7	Průměrné dosažené hodnoty- Emoční problémy
Graf č. 8	Průměrné dosažené hodnoty - Duševní zdraví
Graf č. 9	Otázka č. 2- Jak vnímáte své zdraví ve srovnání s minulým rokem?

Seznam příloh

1. Anatomie a fyziologie jater
2. Příznaky selhání jaterních funkcí
3. Child- Turcotte- Pugh skóre, MELD, PELD, King's College skóre
4. Předtransplantační vyšetřovací program
5. Ukázka údajů pacienta na WL
6. Odběry prováděné bezprostředně před transplantací
7. Protokol bezprostřední operační přípravy
8. Operační technika- obrázky
9. Transplantační zákon
10. Zařazovací formulář na WL
11. Dotazník SF 36
12. Postup k výpočtu výsledku jednotlivých dimenzí
13. Interpretace dimenzí zdravotního stavu měřených dotazníkem SF 36
14. Evropský normál výsledků pro 8 domén HRQOL, v metodě SF 36
15. Souhlas s prováděním výzkumu v IKEM
16. Co je třeba vědět o transplantaci jater

Příloha č. 1- Anatomie a fyziologie jater

1. **pravý lalok** (lobus dexter)
2. **jaterní peritoneální duplikatura**
3. **jaterní přívěšek** (appendix fibrosa hepatis)
4. **levý lalok** (lobus sinister)
5. **žlučník** (vesica fellea/vesica biliaris)
6. **jaterní buňka** (hepatocyt)



Játra (latinsky hepar) jsou největší a nejdůležitější žlázou lidského těla, jsou umístěna těsně pod bránicí, z větší části pod pravou brániční klenbou; přesahují až pod střed levé brániční klenby.

Hmotnost: 1 – 2,5 kg.

Barva jater je hnědočervená, hmota jater je měkká na pohmat a poddajná, ale relativně křehká, takže při otřesech a nárazech dochází snadno k natržení tkáně, spojenému s masivním, život ohrožujícím krvácením. Spodní plocha jater nese charakteristické rýhy, které oddělují 4 jaterní laloky (lobi hepatis).

Vnitřní členění jater neodpovídá povrchovému členění na játrech. Podle společného větvení arteria hepatica propria, vena portae a intrahepatických žlučovodů se dělí na dvě hlavní části – levou – menší (pars hepatis sinistra) a pravou – větší (pars hepatis dextra) část. Tyto dva laloky tvoří nesčetné jaterní lalůčky a uvnitř každého z nich lze spatřit malé cévy vyvedené do jaterní žíly.

Základní stavební jednotkou jater je jaterní buňka – hepatocyt, na styku dvou jaterních buněk je vždy žlučový kanálek.

V jaterní cirkulaci se uplatňují dvě hlavní složky:

- Složka **funkční**, s krví bohatou na látky, které se zpracovávají v játrech. Tuto krev přivádí vrátnicová žíla (vena portae). V krvi jsou obsaženy látky vstřebané ve střevě z potravy a jdoucí do jater ke zpracování. Vrátnicovou žílou se do jater dostává krev ze žaludku, tenkého a tlustého střeva, pankreatu, sleziny, a tak přitékají k jaterním buňkám všechny vstřebané živiny.
- Složka **nutritivní**, s tepennou, kyslíkem bohatou krví, kterou přivádí arteria hepatica propria.

Jaterní žíly, které opouštějí játra jsou zpravidla tři, dvě z pravého laloku a jedna z levého. Vstupují přímo do dolní duté žíly.

Fyziologie jater

Svou stavbou jsou játra největší žlázou v těle a mají mnoho složitých funkcí.

V zásadě mají játra tři hlavní funkce:

Role v **metabolismu glycidů**:

- Tvoří glykogen z glukózy, fruktózy a galaktózy. Glukóza vstřebávaná ze střev se chemicky mění na zásobní glykogen, který se ukládá v samotných játrech i v jiných tkáních.
- skladování a uvolňování cukrů

Metabolismus tuků:

- Metabolismus cholesterolu. Do jater přichází všechny produkty trávení tuků, a některé z nich se u využívají k výrobě různých životně důležitých tukových látek – zvláště cholesterolu. Je nezbytnou součástí při výstavbě a funkci různých, především nervových buněk. Zároveň je proslulejší jako jeden z viníků aterosklerózy a srdečních infarktů.
- Vykonává řadu důležitých funkcí v metabolismu tuků (probíhá v nich oxidace tuků)

- Tvorba ketoláték (vznikají v nadměrném množství při vystupňovaném odbourávání tuků při nedostatku cukru – při hladovění nebo při dekompenzovaném diabetu).

Metabolismus bílkovin:

- Významně se podílejí na metabolismu bílkovin, vzniká zde hlavně albumin, fibrinogen a protrombin (plasmatické a sérové bílkoviny krve)
- Tvorba močoviny. Nežádoucí proteiny se tu rozkládají na jednotlivé aminokyseliny, a i ty jsou dále rozkládány. Při přeskupování bílkovin a jednotlivých aminokyselin v játrech vzniká i určité množství „volného“ dusíku, kterého není k ničemu zapotřebí. Proto se rychle přeměňuje na močovinu – hlavní odpadní produkt jater ve vztahu k proteinům.

Další funkce jater:

- Tvorba a vylučování žluči (ta je předávána vývodními cestami do duodena)
- Účastní se na přípravě činnosti některých steroidních hormonů
- Detoxikační funkce mnoha léků a jedů

Příloha č. 2- Příznaky selhání jaterních funkcí

Nejčastější příčinou selhání jaterních funkcí je jaterní cirhóza. Je to chronické onemocnění, které je definováno:

1. nekrózami hepatocytů
2. proliferací vaziva
3. nodulární regenerací
4. ztrátou a transformací lobulární struktury
5. poruchou intrahepatální a intraacinární mikrocirkulace

Jaterní cirhóza je konečným stadiem všech chronicky probíhajících a progredujících jaterních chorob bez ohledu na etiologii.

Nejčastější příčiny:

- Alkoholická cirhóza 60 – 65 %
- Posthepatické cirhózy 25 – 30 %
- Autoimunitní onemocnění
- Cholestatická onemocnění
- Metabolické choroby
- Chemické látky a léky
- Cévní onemocnění
- Kryptogenní jaterní cirhóza 5-10%

Vývoj jaterní cirhózy:

- vznik jaterní cirhózy
- kompenzovaná cirhóza
- vznik komplikací

- dekompenzovaná cirhóza: transplantace jater
úmrtí pacienta

Klinická klasifikace: Latentní

Manifestní

Portální dekompenzace:

1. Vzestup HVPG > 12 mmHg
2. Ascites
3. Jícnové varixy
4. Portální hypertensní gastropatie
5. Jaterní encefalopatie
6. Splenomegalie

Metabolická dekompenzace:

1. negativní energetická bilance
2. ikterus
3. poruchy metabolismu proteinů, uhlohydrátů a tuků
4. poruchy biotransformace
5. hormonální dysbalance
6. získaný imunodeficitní syndrom
7. poruchy farmakokinetiky
8. deficit vitaminů a stopových kovů

Příloha č. 3- Child-Turcotte-Pugh skóre, MELD, PELD skóre

Skóre Child- Turcotte- Pugh:

- jednoduché klasifikační schéma
- umožňuje dělit nemocné do tří tříd na základě hodnocení dvou klinických příznaků (encefalopatie, ascites)+ tří běžných laboratorních testů (sérový albumin, sérový bilirubin, protrombinový čas)
- v poslední době často kritizováno, nemá intervalový charakter

Klasifikace tíže jaterního onemocnění dle Child- Turcotte- Pugh skóre

Klinické a biochemické hodnoty	Body přiřazené za nárůst odchylky		
	1	2	3
stupeň encefalopatie	nepřítomna	1 a 2	3 a 4
ascites	nepřítomen	mírný	střední/velký
albumin (g/l)	> 35	27-35	<27
bilirubin (μmol/l)	<34	35-51	> 51
protrombinový čas (sekundy prodloužení)	1-4	4-6	> 6
bilirubin pro primární biliární cirhózu (μmol/l)	17-68	69-171	> 171

Funkční třídy: A 5-6 bodů, B 7-9 bodů, C 10-15 bodů

(Trunečka a kol., 2009)

Skóre MELD (Model for End – Stage Liver Disease)

- původně navrženo k posuzování rizikovosti pacientů s portální hypertenzí zvažovaných k založení transjugulární intrahepatální portosystémové spojky (TIPS)
- pravděpodobnost přežití cirhotika
- $= 0,957 \times \log_e (\text{s- kreatinin v mg/dl}) + 0,378 \times \log_e (\text{s- bilirubin v mg/dl}) + 1,20 \times \log_e (\text{INR}) + 0,643$
- Od roku 2002 je MELD skóre používáno k rozhodování o alokaci jaterních štěpů ve Spojených státech
- Chybí klinické parametry: ascites, encefalopatie

Pravděpodobnost úmrtí pacientů s pokročilou jaterní cirhózou do tří měsíců v závislosti na MELD skóre

MELD	≤9	9-19	20-29	30-39	≥40
hospitalizovaní	4%	27%	76%	83%	100%
ambulantní „non cholestatic“	2%	5,60%	50%	—	—
ambulantní biliární cirhóza	1%	13%	0%	0%	—
historická kontrola	8%	26%	56%	66%	100%
pravděpodobnost úmrtí 3 měsíce po transplantaci jater	6%	10%	9,50%	23%	38%

(Trunečka a kol., 2009)

Skóre PELD (Pediatric End-Stage Liver Disease)

- Pro dětské příjemce
- Údaje k propočtu MELD + sérová koncentrace albuminu + údaje o růstu

(Trunečka a kol., 2009)

King's College kritéria a Clichy kritéria

- Kombinace statických a dynamických proměnných vztahujících se k prognóze akutního selhání jater
 - Využívají systémy vzniklé na základě retrospektivních analýz dat nemocných se známým výsledkem konzervativní léčby
 - Vznikla na základě multivariantní analýzy 588 případů akutního jaterního selhání v King's College v Londýně v letech 1973- 1985
 - Umožňují identifikovat pacienty s vysokou pravděpodobností úmrtí při konzervativní terapii
- (Trunečka a kol., 2009)

Příloha č. 4- Předtransplantační vyšetřovací program

Jméno pacienta:

VYŠETŘENÍ PACIENTA PŘED ZAŘAZENÍM NA

ČEKACÍ LISTINU K TRANSPLANTACI JATER

VYŠETŘENÍ NUTNÁ

1. Biochemie:

- ☐ Na, K, Cl, Ca, Mg, Fe
- ☐ urea, kreatinin, bilirubin celkový + přímý, AST, ALT, ALP, GMT, CHE, S-AMS, LD, celková bílkovina, albumin, kyselina močová, glykemie, ELFO, CRP
- ☐ cholesterol, triglyceridy
- ☐ alfa-fetoprotein, CEA, CA 19-9
- ☐ Hormony štítné žlázy: T3, T4, TSH
- ☐ markery virových hepatitid:
 - HAV:** ☐ total anti-HAV
 - HBV:** ☐ HBsAg, anti-HBs, HBeAg, anti-HBe,
☐ total anti-HBc, IgM anti-HBc
☐ při pozitivě anti-HBc HBV-DNA
 - HCV:** ☐ anti-HCV
☐ při pozitivě - HCV-RNA PCR + kvantita, genotypizace HCV
- ☐ anti-HIV

2. Hematologické a koagulační vyšetření:

- ☐ KO + dif.
- ☐ QUICK, APTT, faktor V, VII, VIII, fibrinogen, fibrinolýza, AT III, protein C, D-diméry
- ☐ FW

3. Imunologie:

- ☐ RRR, TPL
- ☐ EBV - vše, ☐ HSV IgM, IgG, ☐ TOXOPLASMÓZA vše
- ☐ autoprotilátky ANA, AMA, ASMA, anti-LKM, ANCA

4. Moč:

- ☐ Moč CH+S
 - ☐ sediment dle Hamburgera (sběr 6 – 9h)
- Sběry za 24h**

- ☐ clearance kreatininu, resorbce, proteinurie
- ☐ Odpady: Na, K., Ca, P

5. Thomayerova nemocnice:

- ☐ prealbumin, ceruloplasmin, alfa-1-antitrypsin (*BIO H, malá wassermanka*)
- ☐ krevní skupina – *FTN, TRF stanice, pav. B2*

6. Bakteriologické vyšetření:

- ☐ moč, stolice, výtěr z krku, nosu, sputum

7. Typologické vyšetření:

- ☐ HLA typizace – *není v počítači, žádanka K, pav. Z4, nutno odeslat do 8 h., objednat, zkumavky: 3x velká zelená, 1x 2ml EDTA fialová, 1x malá červená s gelem*
- ☐ cytotoxické protilátky (*objednat na tel: 2353*)

8. Sonografie: *IKEM 2p.*

- ☐ břicha a ledvin , ☐ včetně Dopplerovského vyšetření porty a lienální žíly (byl zachycen průtok portou? ☐)

9. ☐ Spirometrie, ☐ krevní plyny (*objednat FTN, pav G1, příz., 77/3143*)

10. ☐ Echokardiografie (*objednat 1.5034, IKEM 3p. kardio*)

9. RTG vyšetření: *IKEM, 2.p.(1.3135)*

- ☐ skiografie hrudníku
- ☐ vedlejší nosní dutiny
- ☐ CT břicha se zaměřením na játra a epigastrium (nativní + postkontrastní) a CTA jater (2292)
- ☐ Mamografie u žen nad 35 let (77/3358, vyšetření možné všechny dny, krom středy, **FTN pav. D**)

10. Endoskopické vyšetření: *IKEM - 3.patro*

- ☐ Esophagogastroduodenoskopie + ureázový test na H. Pylori (2617)
- ☐ Koloskopie (u nemocných nad 40 let a u všech PSC a SSC) (2617)

11. Konsiliární vyšetření:

- ☐ Stomatologické vyšetření (+ sanace fokální infekce) (*po, út, st -3163, IKEM, 4.p.*)
- ☐ ORL vyšetření (!!!až s výsledky kultivace nos a krk a RTG VDN na CD!!!) (*po, út, čt- 77/2269, FTN, p. A3*))
- ☐ Gynekologické vyšetření (2215)
- ☐ Psychologické vyšetření (77/3131, FTN, pav. A1 MUDr. Kříhová)
- ☐ Denzitometrie + DEXA (% tělesného složení) - *IKEM, 3.p. amb.č. 14, l. 3005*

12. Vyšetření ascitu ☐ a pohrudničního výpotku ☐ (je-li přítomen)

- a) biochemie: specifická váha, CB, LD, AMS
- b) bakteriologické vyšetření
- c) leukocyty v ascitu (numericky, odběr jako krevní obraz, zpracovat okamžitě)
- d) cytologické vyšetření

13. Závěrečná vyšetření:

- ☐ Transplantační chirurg - zápis v chorobopisu (*pouze po + út*) 1.2816
- ☐ Anesteziolog - zápis v chorobopisu (3335)
- ☐ Předtransplantační pohovor, ☐ vyšetření kvality života (*klinická koordinátorka*) (2619)

14. Vakcinace proti hepatitidě (koordinátorky)

Před zařazením pacienta na WL vyplnit žádost o schválení plné úhrady vakcinace proti hepatitidě B, u pacientů s hep.C i proti hepatitidě A. **S vakcinací začít co nejdříve.**

Výběrová vyšetření

- ☐ ERCP
- ☐ Jaterní biopsie
- ☐ Laparoskopie
- ☐ MR jater
- ☐ Katetrizace jaterních žil, katetrizace plicnice
- ☐ Psychiatrické vyšetření (*po, út, čt - 233 351 603, MUDr. Syrovátková, Bělohorská 33, Praha 6 - Břevnov*)
- ☐ Kardiologické konsilium (u všech diabetiků a pacientů nad 50let) (3111)
- ☐ Koronarografie (u všech diabetiků nad 40let věku a dle ordinace kardiologa) (2500)
- ☐ Arteriografie a. coeliaca, a. mesenterica superior a nepřímá splenoportografie
- **jen ve zvlášť indikovaných případech**

- U maligních onemocnění:**
- ☐ CT mozku
 - ☐ HRCT plic
 - ☐ Scintigrafie skeletu (77/2549)

Kontrola úplnosti výsledků: provede ošetřující lékař před indikační skupinou

Příloha č. 5- Ukázka údajů pacienta na WL

Program transplantace jater IKEM - čekací listina k datu 19.4.2009 15:55

Čekací listina obsahuje celkem 29 pacientů

<i>AB0</i>	<i>urgence/MELD</i>	<i>váha, výška, hrudník</i>	<i>doba na WL</i>	<i>jméno a příjmení</i> -----
------------	---------------------	-----------------------------	-------------------	-------------------------------

A - Rh poz	3/ 11	65 kg, 166 cm, 87 cm	2,6 měs.	E. Č.
------------	-------	----------------------	----------	-------

rodné číslo 66 , pojišťovna 250, okres Trenčianská Teplá, #1095

K830 - Primární sklerozující cholangitis

další diagnózy: K766 - Portální hypertenze

Malé jícnové varixy, Stp. APPE 1992, Ulcerózní colitida v remisi

serologie: CMV Ig G 10,7 (IP), EBV VCA Ig G 750 (IP)

protokol: FK 506/ MMF/ MP (CMV profylaxe - VALTREX)

Ambulantní lékař:

Poslední ambulantní kontrola KH:

Další ambulantní kontrola KH:

adresy, telefony: L. Podjavorinskej 487/39, Trenčianska teplá, 914 01, Trenčianská Teplá

mobil: + 421 111 222 333, + 421 444 555 666,

manžel Ivan: + 421 666 666 666

sanitky: +421 999 999 999, +421 888 888 888

poznámky: platnost pojištění 1. 10. 2009, hospitalizace KH - IMP

Příloha č.6- Odběry prováděné bezprostředně před transplantací

ODBĚRY BEZPROSTŘEDNĚ PŘED TRANSPLANTACÍ JATER		
Krevní obraz + diferenciál	2ml fialová Vacuette s gelem	
Astrup + ionty (Na, K, Cl, ionis. Ca, glykémie, laktát)	3ml zkumavka na odběr dle Astrupa	
Glykovaný Hemoglobin (HbA1c)	2ml šedivá Vacuette bez gelu	
Biochemie – <u>krev</u> (Na, K, bili C/P, AST, ALT, ALP, GMT, celk. bílkovina, albumin, S-AMS, kreatinin, urea, CHE) Cholesterol, TG, HDL, LDL	5 ml zelená Vacuette s gelem	
<u>moč</u> (moč CH+S, kvant. - AMS, Protein, Cr, Urea, Na, K)	3x zkumavka na moč (se žlutým uzávěrem)	
Křížový pokus	3 x 9ml červená Vacuette bez gelu	pav. B2 FTN
Serotéka	2x 5ml červená Vacuette , 2x 5ml červená Vacuette prázdná na stočení séra z krve (uložit do mrazáku)	
Cross-match	5ml červená Vacuette bez gelu	pav. Z4 FTN,
Subpopulace lymfocytů (CD3, CD4, CD 8, CD19)	5ml fialová Vacuette s gelem	
Speciální koagulace před Tx (QUICK, APTT, fibrinogen, F II, FV, protein C, F VII, fibrinolýza, AT III., D-diméry kvantit.)konzumpce protrombinu	5ml + 9ml modrá Vacuette s citrátem Skleněná s gumovým špuntem	
Markery hepatitid (všechny: HAV, HBV, HCV, včetně HIV) HCG – <u>krev (u žen)</u> Cystain C	9ml červená Vacuette s gelem	
Imunologie (CMV IgG, IgM, EBV IgG, IgM, HSV IgG, IgM)	9ml červená Vacuette bez gelu	
PCR HCV - RNA	5ml fialová Vacuette	Serologie, Pav. N, VFN, U Nem. 2, Praha 2
Mikrobiologie (sputum, moč, výtěr z krku, nosu, rekta, vaginy)	sterilní zkumavky pro odběr biologického materiálu	

Příloha č. 7- Protokol bezprostřední předoperační přípravy

Klinika hepatogastroenterologie IKEM
přednosta Prof. MUDr. J. Špičák, CSc.

Transplantace jater

Datum:

Příjmení, jméno

Zdravotní pojišťovna

Váha:

Výška:

TK:

Teplota:

1. **Nic per os** (6 hodin před výkonem)
2. Selektivní dekontaminace úst a střeva (zahájit co nejdříve)
3. Krev na transfuzní stanici na křížový pokus (co nejdříve – okamžitě po příjezdu pacienta)
4. ODBĚRY KRVE: astrip, biochemie, koagulace, KO + diff., markery hepatitid + HCV RNA, imunologie, cross match, vyš. subpopulace lymfocytů, krev do sérotéky (2x zk. s krví + 2x prázdná, nechat stočit v MLVP 1.p. a sérum zamrazit)
5. **U žen ve fertilním věku:** odebrat krev na HCG (statim)
6. EKG, RTG S + P
7. Sprcha, oholit
8. **Bakteriologie:** moč, sputum, **výtěry:** nos, krk, vagina, rektum
9. **Anesteziolog** – domluví lékař
10. **Chirurg** – domluví lékař
11. **ATB profylaxe** – na sále
12. **Trombocyty:** domluvit přípravu trombocytárního koncentrátu jen u pacientů s trombocyty pod 70 000/mm², jinak až po dohodě s anesteziologem

Vyplní lékař:

Encefalopatie:

- ☐ žádná
☐ intermitentní
☐ chronická: ☐ subklinická ☐ 3. stupně
☐ 1. stupně ☐ 4. stupně
☐ 2. stupně

SBP:

- ☐ ano ☐ ne

Slabost:

- ☐ ano ☐ ne

Pruritus:

- ☐ ano ☐ ne

Úbytek svaloviny:

- ☐ ano ☐ ne

Ascites:

- ☐ žádný

- ☐ malý nebo střední
☐ velký nebo refrakterní

	Před operací		Intraoperačně anhepatická fáze		Pooperačně ještě na operačním sále	
	název	čas	název	čas		čas
SELEKTIVNÍ DEKONTAMINACE GIT = SDD	Amphomoronal 5ml p.o.		Amphomoronal 5ml p.o. (asi ve 3. hodině výkonu sondou)			
ULCOGANT	½ hod. po SDD					
ATB	dle stávající ATB profylaxe Tazocin 4,5g i.v. (operační sál)					
IMUNOSUPR ESE	PODAT DLE PROTOKOLU					

Příloha č. 8- Operační technika

Obrázek č.1- Explantace jater



Photo by Lucie Morávková

Obrázek č.2 – Implantace jater



Photo by Lucie Morávková

Obrázek č.3- Sutura rány po OLTX



Photo by Lucie Morávková

Příloha č. 9- Transplantační zákon

285/2002 Sb. o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)

Tento zákon upravuje podmínky darování, odběrů a transplantací tkání a orgánů lidského původu prováděných výhradně za účelem poskytování léčebné péče.

Odběr tkání a orgánů od žijících dárců

Odběr tkání nebo orgánů od žijícího dárce, pokud dále není stanoveno jinak, lze provést, pouze pokud

- a) je prováděn výhradně v zájmu léčebného přínosu pro příjemce,
- b) v době odběru není k dispozici vhodná tkáň nebo orgán od zemřelého dárce a neexistuje jiná léčebná metoda srovnatelného účinku,
- c) je dárce osoba způsobilá dát způsobem stanoveným tímto zákonem svobodný, informovaný a konkrétní souhlas a tento souhlas skutečně vyslovila, a
- d) jedná se o obnovitelné tkáně nebo jeden z funkčních párových orgánů.

Odběr orgánů od žijícího dárce, pokud dále není stanoveno jinak, lze provést ve prospěch příjemce, který

- a) je osobou blízkou dárce, pokud dárce vyslovil svobodný, informovaný a konkrétní souhlas ve vztahu k této osobě,
- b) není osobou blízkou dárce, pouze za podmínek, že
 1. dárce prokazatelným způsobem výslovně projevil vůli darovat svůj orgán tomuto příjemci; výslovný projev vůle (dále jen "vyjádření") musí být učiněn písemně a musí mít notářsky ověřený podpis dárce; vyjádření je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace dárce,
 2. s tímto darováním vyslovila etická komise

Odběr od žijícího dárce nelze provést, pokud

- a) lze důvodně předpokládat, že provedení odběru by mohlo vážným způsobem ohrozit zdraví nebo život dárce,
- b) je dárce osoba nacházející se ve výkonu trestu odnětí svobody nebo ve vazbě nebo v ochranném léčení, s výjimkou dárce mezi dětmi a rodiči, sourozenci a mezi manželi, nebo
- c) vzniklo na základě posouzení zdravotní způsobilosti dárce důvodné podezření, že dárce trpí nemocí nebo stavem, které by mohly ohrozit zdraví nebo život příjemce. To neplatí, pokud riziko

poškození zdraví příjemce je zanedbatelné ve srovnání se život zachraňující transplantací. Podmínky prevence nákazy viru lidského imunodeficitu stanoví zvláštní právní předpis.

Ochrana nezletilých osob, osob zbavených způsobilosti k právním úkonům a osob, které s ohledem na svůj momentální zdravotní stav nejsou schopny zvážit veškeré důsledky provedení odběru obnovitelné tkáně pro vlastní zdraví

.

Odběr od zemřelých dárců

Přípustnost odběru od zemřelého dárce a náležitosti zjištění smrti

1. Odběr od zemřelého dárce lze provést, jen byla-li zjištěna smrt. Pokud by měl být odběr od zemřelého dárce proveden před uplynutím 2 hodin od zjištění smrti, lze tento odběr provést nejdříve po podepsání protokolu podle odstavce 2. Lékaři, kteří zjišťují smrt, se nesmějí zúčastnit odběru od zemřelého dárce nebo transplantace a nesmějí být ošetřujícími lékaři uvažovaného příjemce.

2. Zjištění smrti možného dárce musí být vždy prováděno nejméně dvěma k tomu odborně způsobilými lékaři, kteří dárce vyšetřili nezávisle na sobě. Zjištění smrti možného dárce se v případě předpokládaného odběru před uplynutím 2 hodin od tohoto zjištění zaznamená v protokolu, který je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace dárce. Protokol o zjištění smrti podepíší lékaři, kteří zjistili smrt. Protokol o zjištění smrti musí mít zejména tyto náležitosti:

- a) základní a vedlejší diagnózy zemřelého,
- b) záznam o provedených vyšetřeních včetně obrazové dokumentace,
- c) záznam o zjištěných výsledcích vyšetření,
- d) časový údaj o provedení vyšetření, popřípadě časový údaj o době nevratné zástavy krevního oběhu,
- e) nezbytné identifikační údaje o lékařích zjišťujících smrt a lékařích provádějících vyšetření potvrzující nevratnost smrti mozku.

Smrt se zjišťuje prokázáním

a) nevratné zástavy krevního oběhu,

b) nevratné ztráty funkce celého mozku, včetně mozkového kmene v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle (dále jen "smrt mozku").

V případě zjištění smrti prokázáním nevratné zástavy krevního oběhu lze odběr provést před uplynutím 2 hodin od tohoto zjištění,

a) pokud je známa doba zjištění smrti, a byla-li smrt zjištěna ve zdravotnickém zařízení

1. na jednotce intenzivní péče,

2. na anesteziologicko-resuscitačním oddělení,

3. na operačním sále,

4. na příjmové ambulanci oddělení nebo na příjmovém oddělení nemocnice,

b) pokud smrt byla zjištěna na základě ukončení neúspěšné resuscitace, kterou se nepodařilo obnovit srdeční činnost nebo ji účinně podporovat, prováděné lékařem v délce nejméně 30 minut; resuscitace se provádí současně prováděným umělým dýcháním a masáží srdce.

Smrt mozku se prokazuje, pokud

a) se pacient nachází ve stavu, na jehož základě lze uvažovat o diagnóze smrti mozku, a

b) lze prokázat klinické známky smrti mozku pacienta, na jejichž základě lze stanovit diagnózu smrti mozku, doplněné vyšetřením potvrzujícím nevratnost smrti mozku.

Stav, na jehož základě lze uvažovat o diagnóze smrti mozku, klinické známky smrti mozku pacienta, na jejichž základě lze stanovit diagnózu smrti mozku, vyšetření je prokazující a vyšetření potvrzující nevratnost smrti mozku jsou uvedeny v příloze č. 2.

Ministerstvo stanoví odbornou způsobilost lékařů zjišťujících smrt a lékařů provádějících vyšetření potvrzující nevratnost smrti vyhláškou. Ministerstvo může stanovit podrobnosti o způsobu provádění vyšetření prokazujících smrt, vyšetření potvrzujících nevratnost zástavy krevního oběhu nebo smrti mozku a podmínky jejich provádění vyhláškou.

Nepřípustnost odběru od zemřelého dárce

Odběr od zemřelého dárce je vyloučen, pokud

- a) zemřelý za svého života nebo zákonný zástupce zemřelého, který byl nezletilou osobou nebo osobou zbavenou způsobilosti, vyslovil prokazatelně nesouhlas s posmrtným odběrem tkání a orgánů
- b) nelze na základě posouzení zdravotní způsobilosti vyloučit, že zemřelý trpěl nemocí či stavem, které by mohly ohrozit zdraví nebo život příjemce; za posouzení zdravotní způsobilosti zemřelého dárce zodpovídá zdravotnické zařízení provádějící odběr, nebo
- c) zemřelého nelze identifikovat.

Posuzující lékař provede záznam o posouzení zdravotní způsobilosti zemřelého dárce s vymezením rozsahu posouzení a se závěrem o způsobilosti či nezpůsobilosti zemřelého dárce k odběru. Tento záznam s datem provedení posouzení, stvrzený podpisem posuzujícího lékaře, je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace zemřelého dárce.

Bližší podmínky posuzování zdravotní způsobilosti a rozsah vyšetření zemřelého dárce stanoví ministerstvo vyhláškou.

Odběr od zemřelého cizince 9) lze provést pouze za podmínek stanovených v mezinárodní smlouvě, kterou je Česká republika vázána.

Příloha č. 10- Zařazovací formulář pacienta na WL



Koordinace středisko transplantací
Ruská 85, 100 05 Praha 10
Tel: +420 272 737 475 / Fax: +420 272 741 919

List A

Registrační číslo WL:
(přiznává KST)

Zařazení/vyřazení* nemocného do/z* čekací listiny na transplantaci ledviny*/ ledvina+pankreas*

Jméno a příjmení čekatele: Rodné příjmení:
Rodné číslo: Pojišťovna: Telefon čekatele:
Trvalé bydliště: PSC:
Krevní skupina: Rh: HLA fenotyp: A: B: DR: Počet předchozích transplantací:
HDS: Telefon na HDS:
HD/CAPD* Dialyzován od: Dg. dle EDTA: Dg. dle MKN:

Požadované zařazení:

NOVÉ	OPĚTOVNÉ
NORMÁLNÍ	URGENTNÍ

Požadované vyřazení:

DOČASNÉ	TRVALÉ
---------	--------

Změna pořadí:

NORMÁLNÍ	URGENTNÍ
----------	----------

Důvod změny zařazení/vyřazení*:

Poznámky:

Transplantace dne:

Datum:

Jmenovka a podpis lékaře HDS
razítko zařízení

Jmenovka a podpis lékaře regionálního TC
razítko zařízení

1. vyplňující HDS pošle všechny tři části do regionálního TC

2. TC po vyplnění svých údajů posílá všechny části formuláře do KST

3. KST zpracuje informaci v registrech, list A si ponechá, list B pošle do TC, list C do HDS

*nehodící se škrtněte

Příloha č. 11 Dotazník SF 36

DOTAZNÍK O ZDRAVOTNÍM STAVU /SF-36/

Zaškrtněte nejvýstižnější odpovědi. Pokuste se, prosím, zodpovědět každou otázku. Ne jste-li si jisti jak odpovědět, odpovězte jak nejlépe umíte. Zakroužkujte jednu možnost.

1. Řekl/a byste, že Vaše zdraví je celkově:

výtečné	velmi dobré	dobré	docela dobré	špatné
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak byste hodnotil/a své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem?

Mnohem lepší než před rokem	<input type="checkbox"/>
Poněkud lepší než před rokem	<input type="checkbox"/>
Přibližně stejné jako před rokem	<input type="checkbox"/>
Poněkud horší než před rokem	<input type="checkbox"/>
Mnohem horší než před rokem	<input type="checkbox"/>

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláváte během svého typického dne. Omezují Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

	Ano, omezuje hodně	Ano, omezuje trochu	Ne, vůbec neomezuje
a) usilovné činnosti jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) středně namáhavé činnosti jako je posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) zvedání nebo nošení běžného nákupu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) vyjít po schodech několik pater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) vyjít po schodech jedno patro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) předklon, shýbání, poklek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) chůze asi jeden kilometr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) chůze po ulici několik set metrů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) chůze po ulici sto metrů	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

	ANO	NE
a) Zkrátil se čas , který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Udělal/a jste méně než jste chtěl/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Byl/a jste omezen/a v druhu práce nebo jiných činností?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Měl/a jste potíže při práci nebo jiných činnostech (např. jste musel/a vynaložit zvláštní úsilí)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Trpěl/a jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (např. pocit deprese či úzkosti)?

ANO NE

- a) Zkrátil se čas, který jste věnoval/a práci nebo jiné činnosti? ☐ ☐
- b) Udělal/a jste méně než jste chtěl/a? ☐ ☐
- c) Byl/a jste při práci nebo jiných činnostech méně pozorný/á než obvykle? ☐ ☐

6. Uveďte do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech?

vůbec ne trochu mírně poměrně dost velmi silně

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7. Jak velké bolesti jste měl/a v posledních 4 týdnech?

žádné velmi mírně mírně střední silné velmi silné

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

vůbec ne trochu mírně poměrně dost velmi silně

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho, jak se Vám dařilo v posledních 4 týdnech. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje, jak jste se cítil/a.

Jak často v posledních 4 týdnech...

- | | pořád | většinou | dost často | občas | málokdy | nikdy |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) jste se cítil/a pln/a elánu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) jste byl/a velmi nervózní? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) jste měl/a takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) jste pociťoval/a klid a pohodu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) jste byl/a pln/a energie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) jste pociťoval/a pesimismus a smutek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) jste se cítil/a vyčerpan/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) jste byl/a šťastný/á? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) jste se cítil/a unaven/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Uveďte jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

pořád většinou času občas málokdy nikdy

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

11. Zvolte, prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

určitě ano většinou ano nejsem si jist většinou ne určitě ne

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- a) zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí)

poněkud snadněji než ostatní lidé

b) jsem stejně zdrav/a jako kdokoliv jiný

☐☐☐☐☐

c) očekávám, že se mé zdraví zhorší

☐☐☐☐☐

d) mé zdraví je perfektní

☐☐☐☐☐

Příloha č.12- Postup k výpočtu výsledku jednotlivých dimenzí

ITEM NUMBERS	ORIGINAL RESPONSE	RECORDED VALUE
1, 2, 20, 22, 34, 36	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
ITEM NUMBERS	ORIGINAL RESPONSE	RECORDED VALUE
3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	1	0
	2	50
	3	100
ITEM NUMBERS	ORIGINAL RESPONSE	RECORDED VALUE
13, 14, 15, 16, 17, 18, 19	1	0
	2	100
ITEM NUMBERS	ORIGINAL RESPONSE	RECORDED VALUE
21, 23, 26, 27, 30	1	100
	2	80
	3	60
	4	40

	5	20
	6	0
ITEM NUMBERS	ORIGINAL RESPONSE	RECORDED VALUE
24, 25, 28, 29, 31	1	0
	2	20
	3	40
	4	60
	5	80
	6	100
ITEM NUMBERS	ORIGINAL RESPONSE	RECORDED VALUE
32, 33, 35	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100

STEP 2: AVERAGING ITEMS TO FORM 8 SCALES:

SCALE	NUMBER OF ITEMS	AFTER RECORDING SCORES PER TABLE 1, AVERAGE THE FOLLOWING ITEMS
Physical functioning	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Role limitations due to physical health	4	13, 14, 15, 16
Role limitations due to emotional problems	3	17, 18, 19
Energy/ fatigue	4	23, 27, 29, 31
Emotional well being	5	24, 25, 26, 28, 30
Social functioning	2	20, 32
Pain	2	21, 22
General health	5	1, 33, 34, 35, 36

A CHART TO MAINTAIN PATIENT SCORES IN THE FILE:

RAND SF-36	INITIAL SCORE	PRESENT SCORE	NORMS
PHYSICAL FUNCTIONING			84.2
ROLE LIMITATIONS DUE TO PHYSICAL HEALTH			81.0
ROLE LIMITATIONS DUE TO EMOTIONAL STRESSES			81.3
ENERGY/FATIGUE			60.9
EMOTIONAL WELL-BEING			74.7
SOCIAL FUNCTIONING			83.3
PAIN LEVELS			75.2
GENERAL HEALTH			72.0
Other QA's			
GLOBAL WELL-BEING			> 2/10
OSWESTRY LB PAIN INDEX			> 5/50
NECK DISABILITY INDEX			> 5/50

(SCORING THE RAND SF-36-ITEM HEALTH SURVEY 1.0, 2005, ONLINE)

Příloha č. 13- Interpretace dimenzí zdravotního stavu měřených dotazníkem SF 36

Tabulka č. 1- Interpretace dimenzí zdravotního stavu měřených dotazníkem SF 36 a interpretace vysokého a nízkého skóre

dimenze	počet otázek	význam skóre	
		nízkého	vysokého
fyzická činnost	10	velice limitovaná při všech fyzických aktivitách, včetně koupání a oblékání	umožňuje všechny typy fyzické aktivity, včetně extrémních, bez zdravotního omezení
fyzická omezení	4	Problémy s prací nebo jinými denními aktivitami v důsledku fyzického zdraví	žádné problémy s prací nebo jinými denními aktivitami v důsledku fyzického zdraví (poslední 4 týdny)
tělesná bolest	2	velice krutá a extrémně limitující bolest	žádná bolest nebo omezení pro bolest (poslední 4 týdny)
všeobecné zdraví	5	vnímané osobní zdraví je špatné a zřejmě se zhorší	vnímané osobní zdraví je skvělé
vitalita	4	trvalý pocit únavy a opotřebování	pocit překypování elánem a energií (poslední 4 týdny)
společenské aktivity	2	výrazné ovlivnění společenských aktivit v důsledku fyzických a emočních problémů	umožňuje normální společenské aktivity bez ovlivnění fyzickými či emočními problémy
emoční problémy	3	problémy s prací nebo jinými denními aktivitami v důsledku emočních problémů	žádné problémy s prací nebo jinými denními aktivitami v důsledku emočních problémů (poslední 4 týdny)
duševní zdraví	5	trvalý pocit nervozity a deprese	pocit pokoje, štěstí a klidu

(Sobotík, 1998)

Příloha č. 14- Evropský normál výsledků pro 8 domén HRQOL, v metodě SF-36

	Oxford Healthy Life Survey	Regionální standart (Středoevropský/ Jihočeský)
Fysická činnost	88,40	92,57
Fysická omezení	85,82	82,28
Bolest	81,49	81,23
Společenské aktivity	88,01	86,29
Vitalita	61,13	67,33
Emoční problémy	82,93	81,23
Duševní zdraví	73,77	77,71
Všeobecné zdraví	73,52	73,35

(Kalová H., 2008, online)

Příloha č. 16- Co je třeba vědět o transplantaci jater

Viz tištěná příloha na konci vazby